

**U. PORTO**



FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**  
**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**SUS- UM MODELO DE REFERÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE  
ORAL PRIMÁRIOS: PAPEL DO MÉDICO DENTISTA E DAS  
UNIVERSIDADES NAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

António Luís Marques Mendonça Peixoto

**Porto**

**2017**



FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**  
**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**SUS- UM MODELO DE REFERÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE  
ORAL PRIMÁRIOS: PAPEL DO MÉDICO DENTISTA E DAS  
UNIVERSIDADES NAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

**Estudante – António Luís Marques Mendonça Peixoto**

Aluno do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP

luismendoncapeixoto@hotmail.com / mimd10063@fmd.up.pt

**Orientador: Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira**

Professora Auxiliar da FMDUP

**Coorientador: Karen Loureiro Weigert**

Professora Auxiliar da PUCRS

**Porto**

**2017**

## **Agradecimentos**

À minha Orientadora, Professora Maria de Lurdes Pereira, por quem nutro elevada admiração e estima, pelo seu apoio incondicional e pela confiança que depositou no meu trabalho.

À FMDUP, que foi uma segunda casa durante o meu percurso académico, e que me proporcionou conhecimentos essenciais para o meu crescimento profissional.

À minha Coorientadora, Professora Karen Weigert, principal incentivadora à realização deste trabalho, pela sua amizade, generosidade, companheirismo e honestidade, e por me proporcionar experiências únicas ao longo do meu intercâmbio no Brasil.

À PUCRS, pela forma irrepreensível como me recebeu, pelos momentos únicos que me proporcionou, e pela aprendizagem diferenciada que me forneceu, permitindo-me ter uma nova visão da Medicina Dentária.

Aos meus avós, a quem dedico inteiramente este trabalho, pelos valores que me transmitiram que fizeram de mim a pessoa que sou hoje, e por acreditaram sempre no meu valor, fazendo-me superar as minhas expectativas e viver os meus sonhos.

À minha Mãe, meu exemplo e motor da minha vida, pelo amor incondicional, pelo apoio incansável, pelos sacrifícios que fez para garantir o meu bem estar, pela dedicação exemplar ao teu papel de mãe, por me guiar pelos caminhos certos e ser o combustível das minhas conquistas.

Ao meu Pai, meu melhor amigo e confidente, por me proporcionar todas as condições para o meu crescimento, por confiar sempre em mim e me dar total autonomia para tomar as minhas decisões de vida.

À minha namorada, minha companheira de vida, que impulsionou o meu sucesso académico e acreditou sempre em mim e nas minhas capacidades, pelo apoio, dedicação, paciência e confiança cega, por estar sempre presente, nos bons e nos maus momentos, por suportar os meus defeitos e por me fazer acreditar, rir, mudar e sonhar.

A todos os meus amigos e colegas, que estiveram ao meu lado nos bons e nos maus momentos, e me fizeram acreditar no meu valor.

## **Abreviaturas**

- ABS** – Atenção Básica em Saúde
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- APS** – Atenção Primária em Saúde
- ASB** – Auxiliar em Saúde Bucal
- CD** – Cirurgião Dentista
- CEO** – Centro de Especialização Odontológica
- CNS** – Conferência Nacional de Saúde
- ESB** – Equipes de Saúde Bucal
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- eSF** – Equipes de Saúde da Família
- LRPD** – Laboratório Regional de Prótese Dentária
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OMD** – Ordem dos Médicos Dentistas
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- PNSB** – Política Nacional de Saúde Bucal
- PUCRS** – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
- PSE** – Programa Saúde na Escola
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TSB** – Técnico em Saúde Bucal
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- USF** – Unidade de Saúde da Família

## Índice Geral

Agradecimentos .....	II
Abreviaturas.....	III
Índice Geral .....	IV
Índice de Figuras .....	V
Resumo .....	VI
Abstract.....	VII
Introdução.....	1
Material e Métodos.....	4
Desenvolvimento .....	5
Atenção Básica .....	5
Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	6
Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente .....	9
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Estratégia Saúde da Família (ESF).....	12
Programa Saúde na Escola (PSE) .....	15
Atribuições dos Profissionais de Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) .....	17
Educação em Saúde .....	21
Papel das Universidades no Sistema Único de Saúde (SUS) .....	24
Discussão .....	25
Referências Bibliográficas.....	28
Anexos.....	30

## Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição de municípios com ESB em 2002, adaptado de <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_saude_bucal.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_saude_bucal.pdf</a> (sem permissão do autor).....	9
Figura 2 - Distribuição de municípios com ESB em 2015, adaptado de <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_saude_bucal.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_saude_bucal.pdf</a> (sem permissão do autor).....	10
Figura 3 - Atividades desenvolvidas no âmbito do PSE na Escola Municipal de Ensino Fundamental Victor Issler. ....	15
Figura 4 - Escovagem Supervisionada com Dentífrico Fluoretado e Instruções de Higiene Oral das crianças da Escola Municipal de Ensino Fundamental Victor Issler. ....	16
Figura 5 - Consultório Dentário da USF Jardim da Fapa. ....	19
Figura 6 - Atividades coletivos na Escola Municipal de Ensino Fundamental Nossa Senhora de Fátima. ....	20
Figura 7 - Unidade de Saúde da Família Jardim da Fapa. ....	26

## **Resumo**

Os últimos 30 anos ficaram marcados por mudanças significativas nas políticas de Saúde Pública do Brasil. A criação do SUS revelou-se de fundamental importância para a mudança de paradigma em torno do conceito de saúde e das suas práticas, sendo considerada inequivocamente a peça chave para evolução e consolidação da atenção primária em Saúde no País.

No Brasil, a Medicina Dentária foi desde sempre uma área negligenciada no setor público da saúde, o que, aliado à realidade socio econômica da população e conseqüente incapacidade para usufruir de serviços de saúde privados, proporcionou graves problemas na sua saúde oral da mesma. Era absolutamente imprescindível aumentar o acesso aos cuidados de saúde oral, mas acima de tudo rever os pressupostos de atuação dos profissionais, de forma a que estes se adaptassem aos princípios deste novo modelo e visassem suprir as necessidades da população.

Com a elaboração desta monografia é pretendido, através de uma revisão bibliográfica, abordar numa perspectiva temporal os passos da reforma sanitária e da reorganização do Sistema Único de Saúde, e enaltecer papel das suas estratégias na atenção, promoção, prevenção, cuidado e vigilância à saúde oral das comunidades, exercido em todas as suas dimensões e níveis, de forma a promover um contexto social em que prevalecem hábitos de vida saudáveis, que proporcionam bem estar e qualidade de vida aos indivíduos que nela habitam.

A educação para a Saúde Oral revela-se preponderante no contexto da atenção primária em saúde, bem como o veículo condutor da mesma. Neste sentido, a formação qualificada dos dentistas inseridos no SUS é essencial para que seja prestada uma atenção integral ao utente e se coloquem em prática as estratégias que vêm sendo propostas por este modelo que é uma referência mundial na Saúde Pública.

### **Palavras-chave**

“SUS”, “Odontologia”, “Atenção Básica”, “Saúde Bucal”, “Estratégia Saúde da Família”, “dentista”, “Brasil Sorridente”, “Educação em saúde”.

## **Abstract**

The last 30 years have shown significant changes in Brazil's Public Health policies. The creation of SUS played a crucial role in the paradigm shift around the concept of health and its practices, being considered unequivocally the key piece for the evolution and consolidation of primary health care in the country.

In Brazil, Dentistry has always been a neglected area in the public health sector, which, combined with the socioeconomic reality of the population and their consequent inability to access private health services, has caused serious damages in the oral health. It was absolutely essential to increase access to oral health care, but above all to review the professional's assumptions so that they can match their actions to the principles of this new model and reduce the population's needs and demands.

This literature review aims to approach in a temporal perspective the steps of sanitary reform and reorganization of the SUS, and to highlight the role of its strategies in the attention, promotion, prevention, care and vigilance in the oral health of the communities, exercised in all its dimensions and levels, in order to promote a social context in which healthy habits prevail, promoting quality of life to the individuals who inhabit it.

Education for Oral Health is preponderant in the context of primary health care, as well as the vehicle that conducts it. For that matter, the qualified training of dentists inside the SUS is essential to provide integral attention to the user and to put into practice the strategies that have been proposed by this model that is a world reference in Public Health.

### **Key words**

SUS, "Dentistry", "Primary attention", "Oral Health", "Family Health Strategy", "Dentist", "Smiling Brazil", "Health Education".

## Introdução

Os primeiros modelos de atenção em saúde oral no Brasil revelaram ineficácia, na medida em que não responderam, em níveis significativos, aos problemas de saúde da população, possuindo um elevado custo de execução e baixo rendimento, apesar do grande desenvolvimento tecnológico e científico da Medicina Dentária nos últimos anos. <sup>(1-3)</sup> O facto de no passado a Medicina Dentária se ter colocado à margem das políticas públicas de saúde promoveu um entrave na interação com as outras áreas da Saúde, dificultando a sua inserção nesses modelos de atenção básica em Saúde. <sup>(4)</sup>

O acesso da população Brasileira à Saúde Oral era extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas só procurassem cuidados de saúde oral em casos de emergência. Essa demora na procura ao atendimento aliada aos escassos serviços oferecidos à população condicionava que os principais tratamentos oferecidos pela rede pública fossem maioritariamente extrações dentárias e tratamentos mais invasivos, perpetuando a visão da Medicina Dentária mutiladora, com o médico dentista a ter uma atuação centralizada no aspeto clínico. <sup>(4, 5)</sup>

Na sequência de um regime ditatorial, que foi extinto em 1985, muitos esforços foram realizados no sentido de promover uma reforma sanitária no País. As grandes divergências socio-económicas do País eram notórias. A ausência de saneamento básico nas populações mais carenciadas e a falta de igualdade no acesso aos cuidados de Saúde eram alguns dos problemas que careciam de uma resolução urgente. Nesse contexto, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nos seus grupos e assembleias foram discutidos e aprovados os principais objetivos do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública. <sup>(6)</sup>

Na VIII CNS, grandes avanços favoreceram a sustentação do conceito de saúde divulgado pela OMS em 1948 que, implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, definiu que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. <sup>(7)</sup> A participação ativa da sociedade

impulsionou o entendimento de saúde enquanto produto de múltiplos determinantes, como educação, trabalho, alimentação e acesso aos serviços de saúde.<sup>(8)</sup>

O movimento da Reforma Sanitária foi uma resposta à crise em que o país se encontrava, em especial às crises de conhecimentos e de práticas de cuidados em saúde. Com o seu aparecimento, a saúde passou a ser vista de forma ampla e complexa, diferente do modelo de saúde anterior, que evidenciava um sistema fragmentado, assistencialista, voltado para a lógica curativista, sem a participação da população e restrito aos profissionais da saúde.<sup>(7-9)</sup>

Nesta perspectiva, na nova carta consitucional de 1988, a saúde foi transformada num direito individual, dando origem ao processo de estruturação de um sistema de saúde público, universal e descentralizado, alterando de forma substancial a política de organização da saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>(3, 6)</sup> Este teve como um dos pilares da sua criação o artigo 196 da constituição, referenciado no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde, que refere que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e económicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.<sup>(10, 11)</sup>

O SUS representou a materialização de uma nova concepção de saúde. Se antes Saúde significava “ausência de doença”, voltando a lógica das ações de saúde em torno da cura de doenças, focando os efeitos em detrimento das causas desses efeitos, surgiu com a filosofia do SUS um novo conceito de Saúde, centrado em práticas de prevenção, promoção e recuperação da Saúde do indivíduo. Assim, desde o início da sua criação o SUS assenta-se em princípios doutrinários: Universalidade, Equidade, Integralidade, que são empregues nos serviços e ações de saúde, assim como princípios que dizem respeito à sua operacionalização: descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social.<sup>(12)</sup>

O termo Atenção Primária no Brasil refere-se ao primeiro nível de atenção à saúde, constituindo um conjunto de ações no âmbito individual ou coletivo, que engloba ações de promoção de saúde, bem como de prevenção, tratamento e reabilitação de enfermidades. Os princípios e diretrizes organizativas da Atenção Primária permitem abordar o utente de forma singular, complexa e integral, representando-se como pilares da estratégia que objetiva melhoria da qualidade de vida, redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população.<sup>(13)</sup>

Desta forma, através da construção de políticas saudáveis, a Atenção Primária é dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Neste contexto, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no seu território, orientando-se sempre pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, responsabilização, humanização, equidade, integralidade e participação social. <sup>(13)</sup>

Com este trabalho pretendo descrever os conceitos básicos do funcionamento do SUS, analisando numa perspectiva histórica a sua evolução ao longo dos anos, principalmente no que concerne aos cuidados primários de saúde oral, onde ocorreram mudanças significativas até aos dias de hoje. Neste contexto, os objetivos deste trabalho são: expor de que forma se processam esses cuidados de saúde no Brasil; perceber de que forma a Educação para a Saúde teve um papel preponderante na População; entender a importância do Médico Dentista como veículo condutor dessa educação e avaliar o papel das Universidades e dos alunos no SUS, analisando-o como modelo de referência mundial na saúde pública.

## **Material e Métodos**

Para a realização desta dissertação foram pesquisados e analisados artigos publicados nas bases de dados eletrônicas SciELO e RevOdonto, com as seguintes palavras chave : “*SUS*”, “*Odontologia*”, “*Atenção Básica*”, “*Saúde Bucal*”, “*Estratégia Saúde da Família*”, “*dentista*”, “*Brasil Sorridente*”, “*Educação em saúde*”.

Foram ainda consultados documentos de âmbito governamental, lançados pelo Ministério da Saúde e Organizações pertencentes à sua gestão, na Biblioteca Virtual em Saúde (<http://bvsmms.saude.gov.br/>) e no Portal do Departamento de Atenção Básica (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>).

## Desenvolvimento

### Atenção Básica

A Atenção Básica em Saúde (ABS) é o contato preferencial dos utentes com o sistema de saúde. A sua designação é desde logo indicativa do seu papel dentro da rede do SUS. Porém espera-se dela muito mais do que essa função de garantir acesso ao sistema. Afirma-se que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, e desta percentagem espera-se que, somente 3 a 5% dos casos seriam encaminhados para serviços mais especializados. Assim, o seu raio de ação incide nos problemas mais prevalentes, de maior frequência e relevância da população. <sup>(14-16)</sup>

É tradição em outros países utilizar-se a expressão atenção primária em saúde (APS) em detrimento de atenção básica, como denominado no Brasil em decorrência da tradução realizada na época em que passou a ser empregada. <sup>(14)</sup> Contudo, importa, mais do que definir a sua correta terminologia, analisar o fato de haver inúmeras denotações quanto ao sentido de ambos os termos utilizados, que são entendidos como uma prática de cuidados de saúde elementar, mínima, simples ou primitiva. Identificamos que, muitas vezes, a atenção básica, no imaginário de algumas pessoas, ainda remete à noção de menor complexidade, uma vez que se imagina lidar com problemas simples, os quais requereriam tecnologias menos sofisticadas e qualificação técnica simplificada. Este pensamento comum não se verifica efetivamente na realidade, uma vez que a ABS apresenta ao seu dispor diversos recursos tecnológicos, ainda que os utilize de forma seletiva, permitindo que exista elevada complexidade nas intervenções na rede básica. <sup>(14)</sup>

Ao longo primeiros anos de funcionamento do SUS existiram diversas tentativas de organizar a atenção básica no Brasil, embora tenha predominado relativo descuido com o desenvolvimento dessa estratégia.

## **Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**

A partir das experiências mundiais e das realizadas em vários pontos do território brasileiro, é elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, denominada de “Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde”, o PSF e o PACS. <sup>(17)</sup>

A implantação do PACS surge em 1991, com trabalhos de pessoas da comunidade treinadas, capacitadas e supervisionadas por profissionais de saúde. Os agentes comunitários de saúde apresentam atribuições específicas, sendo capacitados para reunir informações de saúde sobre uma comunidade, através de visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade, produzindo informações capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. O PACS constituiu-se como uma estratégia capaz de promover um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. <sup>(17)</sup>

No ano de 1994, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a UNICEF, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF). Esta nova estratégia avança com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, ao tratar o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade, percebendo quais as condições socio económicas e culturais em que está inserido, de forma a poder responder mais eficazmente às suas necessidades. <sup>(18)</sup>

A implementação do PSF alicerçou-se em diversos conceitos, como a integralidade, complementariedade, hierarquização, territorialização, responsabilização, participação social e o vínculo que tem de ser criado entre a comunidade e os profissionais de saúde. Estes são enquadrados em equipas multidisciplinares designadas eSF, que são compostas, no mínimo por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde, incluindo Dentistas poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. <sup>(19)</sup>

O objetivo da estratégia do PSF foi reorganizar a rede de atenção básica, implementando os princípios do SUS. Ao priorizar a atenção básica, o PSF não faz uma opção económica, pelo mais barato, nem técnica, pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. O PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os

níveis. Dessa forma, pelo melhor conhecimento dos utentes e pelo acompanhamento personalizado dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros para os que realmente necessitam. Assim, não isola a alta complexidade, mas coloca-a articuladamente à disposição de todos. Racionalizar o uso, nesse sentido, é democratizar o acesso. <sup>(18)</sup>

Com base nessas premissas, o Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Assim, foi desenvolvida uma nova dinâmica de atuação, que não só incide em ações clínicas, em ambulatório nas UBS/USF, desenvolvidas pelas profissionais de saúde que são inseridos em equipas multidisciplinares, mas também em ações de saúde coletiva, coordenando atividades voltadas para a promoção e prevenção da Saúde. <sup>(20)</sup>

Apesar do PSF ser considerado a mais importante mudança estrutural realizada na saúde pública brasileira nos últimos anos, a não incorporação, numa fase inicial, de ações de saúde oral nas comunidades era uma lacuna visível que necessitava rapidamente de solução. A população brasileira carecia de muitos problemas no que diz respeito à saúde oral, condição que se confirmou no levantamento epidemiológico em saúde oral de 1996. Era necessário criar mecanismos que tenham não só como objetivo reduzir os índices de cárie dentária na população brasileira, como diminuir a desigualdade na sua distribuição. <sup>(21)</sup>

Diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde oral da população, e no sentido de promover a integralidade das ações de saúde, o Ministro da Saúde, no ano 2000, estabeleceu um incentivo financeiro no sentido da incorporação de ações de saúde oral no PSF. Desta forma foram criadas as denominadas equipas de saúde bucal (ESB), constituídas por cirurgiões dentistas, técnicos em saúde bucal, auxiliares em saúde bucal e agentes comunitários de saúde, que foram inseridas nas UBS e USF espalhadas pelo País. <sup>(22)</sup>

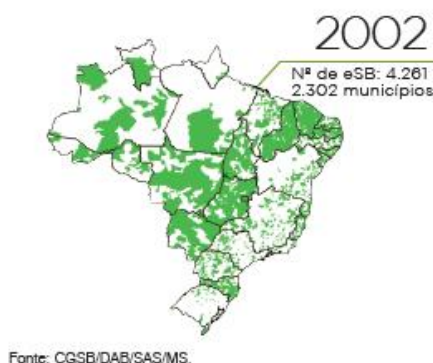
A inclusão da Medicina Dentária no PSF contribuiu para a construção de um modelo de atenção que melhora efetivamente as condições de vida dos brasileiros. O sistema de atendimento utilizado no PSF pelas equipas de saúde bucal deve ser voltado para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças orais. É recomendada a utilização de recursos epidemiológicos na identificação dos problemas da população adscrita para, posteriormente, agir segundo critérios

de risco. Na concepção teórica desse programa, os conceitos de universalidade e integralidade tornam-se concretos, auxiliando a rede básica de saúde na diminuição do fluxo dos utentes para a atenção complexa. No entanto, o acesso integral dos indivíduos aos serviços públicos de saúde não era assegurado em todas as unidades de saúde da família. Muitas não adquiriam de forma resolutiva os serviços de referência e contra-referência, tornando o PSF um programa restrito à atenção básica. Deveria também existir alguma cautela na implantação de atividades preventivas educativas, que não deveriam sobrecarregar os recursos humanos responsáveis pelas atividades curativas, realizadas a nível ambulatorial, uma vez que ainda existia uma clara necessidade de solucionar a elevada demanda aos cuidados de saúde oral primários nas USF/UBS.<sup>(23)</sup>

## Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente

Para mudar esse quadro, em 2003, o MS lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir que as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde oral que têm sido desenvolvidas consigam chegar a toda a população brasileira, entendendo que este facto é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS. <sup>(24, 25)</sup>

Uma das formas que o Brasil Sorridente encontrou para fazer isso foi a ampliação das equipes de Saúde Bucal, distribuindo-as não só pelos centros urbanos mas também em localidades do interior, onde os serviços não estavam disponíveis para a população. As ESB realizam o acompanhamento da população desde a prevenção até o tratamento clínico, ficando responsáveis por fazer o encaminhamento para serviços especializados quando necessário. Em 2015 existiam 24.175 ESB no Brasil, aumento de mais de 467% em relação a 2002. Essas equipas estão distribuídas por 4.978 municípios (90%). Em 2002, eram apenas 2.302 municípios cobertos, sendo que a ampliação foi de 116%. <sup>(24, 25)</sup>



*Figura 1 - Distribuição de municípios com ESB em 2002, adaptado de [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_saude_bucal.pdf) (sem permissão do autor).*



*Figura 2 - Distribuição de municípios com ESB em 2015, adaptado de [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_saude_bucal.pdf) (sem permissão do autor).*

As diretrizes da PNSB surgem com o propósito de oferecer a viabilização da fluoretação das águas de abastecimento público, a reorganização da atenção básica e da atenção odontológica especializada através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).<sup>(24)</sup>

É a primeira vez na história que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde oral. Até 2002, apenas alguns incentivos isolados eram concedidos à saúde oral. Para a organização deste modelo, é fundamental que sejam pensadas as linhas de cuidado para todas as faixas etárias, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas por parte das equipas de saúde, centradas no acolhimento, informação, atendimento e encaminhamento dos utentes.<sup>(26)</sup>

Essa política foi estruturada em frentes de ação, dentro das quais foram conduzidas as suas atividades.<sup>(26)</sup>

A primeira delas foi a reorganização da atenção básica em saúde oral, que se mostrava pouco resolutiva. O acesso às ações era extremamente difícil, essa ineficiência do sistema produzia demandas reprimidas enormes para os demais níveis. Dentro desta lógica a ampliação da atenção na rede básica, bem como o aumento de equipas de saúde bucal, de saúde da família e de ações de promoção à saúde bucal revelou-se de fundamental importância para a organização de todo este complexo modelo. Depois de colmatadas as falhas nos alicerces do modelo, faz-se necessário avançar com propostas que consigam direccionar os utentes a níveis de atenção mais complexos. Além do atendimento básico, com o Brasil Sorridente, a população passou a ter acesso também a tratamento especializado na rede pública, por meio de CEO.<sup>(26)</sup>

Paralelamente a ações de caráter curativo, o MS investiu também em promoção da saúde. Nesse sentido, em ação conjunta com a Fundação Nacional de Saúde, está a ocorrer um processo de fluoretação da água distribuída pelos sistemas de abastecimento público. Essa medida demonstra mais uma vez como a saúde bucal neste país era tratada. A fluoretação é uma lei federal de 1974 que nunca tinha sido regulamentada pelo governo federal. O Brasil Sorridente aposta também firmemente na mudança do perfil do trabalho de Medicina Dentária realizado pelas ESB. Apesar do caráter individual que o dentista tem obrigatoriamente de desempenhar, aquando do seu atendimento em ambulatório, é fundamental a interação da Medicina Dentária com as restantes áreas da Saúde para que possa existir um atendimento integral dos utentes do SUS. <sup>(26)</sup>

Além do aumento no valor investido nas ações aquando do surgimento da PNSB, uma diferença importante entre esta, e o que vinha sendo feito pelo setor público na área de Medicina Dentária até então, é que agora, quando falamos em saúde oral, podemos falar em inclusão social.

Pela primeira vez o País resgatou uma enorme dívida social com seus cidadãos. Em vez de continuarmos a conduzir um atendimento que privilegiava a criança, a grávida, e outros grupos de risco, o Brasil Sorridente é direcionado a todos os brasileiros que utilizam a rede pública. Números apurados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística indicam que, até o ano de 2003, quase 28 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista. É para mudar essa realidade que o Brasil Sorridente foi criado. O desafio é grande porque o investimento foi voltado para uma área negligenciada até então. E foi corrido esse risco, porque cuidar da saúde oral é resgatar a dignidade do cidadão. <sup>(26, 27)</sup>

Nesse sentido, o Brasil Sorridente, maior programa público de saúde oral do mundo, foi idealizado como um Modelo de Atenção à Saúde Integral e Familiar capaz de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, enquanto uma política pública que possa responder aos desafios contemporâneos de um mundo globalizado, representados pelas crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, sociais, políticas, culturais e ambientais. <sup>(27, 28)</sup>

## **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Estratégia Saúde da Família (ESF)**

O governo federal, no decorrer dos anos, tem realizado diversas tentativas no sentido de adequar as normas nacionais da Atenção Básica, definindo parâmetros que estejam adaptados à realidade atual do SUS. <sup>(14)</sup>

Em março de 2006 foi aprovada a Portaria 648, que estabeleceu diretrizes e normas para a organização do PSF e do PACS, com base na revisão da legislação vigente até então, ficando estabelecido oficialmente que o PSF era a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para reorganizar a rede de atenção básica à saúde do País. <sup>(28)</sup> Passados 5 anos, aquando da lançamento da Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, o MS aprovou a PNAB, estabelecendo uma revisão das diretrizes e normas para a sua organização. As normas e resoluções das portarias anteriores permaneceram em vigor desde que não entrassem em conflito com a atual.

Na mesma portaria de 2011, o PSF passou a ser denominado oficialmente de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e considerado a peça chave para a consolidação da PNAB. A mudança da expressão deveu-se principalmente ao carácter provisório e finito da palavra programa, ao passo que estratégia denota algo estável e sustentável, fazendo transparecer o seu carácter contínuo e permanente nas práticas de saúde do Brasil. <sup>(29)</sup>

A Política Nacional de Atenção Básica, considerando os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções como equivalentes, associa a ambos os princípios e as diretrizes definidos nesta portaria:

I - ter território adstrito, de forma a permitir o planeamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto nos determinantes da saúde da comunidade que constitui aquele território;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial da rede de atenção. O serviço de saúde deve organizar-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, ou responsabilizar-se pela resposta oferecida por outros níveis de atenção da rede;

III - adscrever os utentes e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipas e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - coordenar a integralidade nas suas várias vertentes de atuação, onde o trabalho das equipas de forma multiprofissional, interdisciplinar, protagonizando o trabalho em equipa, se revela fundamental, de forma a realizar a gestão do cuidado integral do utente e o seu acompanhamento pelos diferentes níveis da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre eles é essencial para ampliar a capacidade de atender às reais necessidades dos utentes;

V - estimular a participação dos utentes como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, bem como a participação da comunidade no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde que existem no seu território, de forma a que o contexto social seja propício à adoção de hábitos de vida saudáveis. <sup>(30)</sup>

Como abordado anteriormente, esta política sustenta na Saúde da Família a sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A ESF pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre as famílias que residem na área de abrangência das unidades de saúde. Essa Vigilância tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas adequadas à resolução dos problemas existentes. A eficácia destas ações passa por um correto diagnóstico do território e população adscrita à equipa e Unidade Básica, da situação de saúde das famílias, dos aspectos socioeconómicos, demográficos, culturais e epidemiológicos presentes nessas comunidades. <sup>(14, 30)</sup>

A Estratégia Saúde da Família incorpora os conceitos do Sistema Único de Saúde, estruturando-se de forma sólida a partir das USF com princípios que explicam o porquê de esta ser a estratégia com maior potencial para aprofundar as diretrizes e fundamentos da atenção básica:

**Integralidade e Hierarquização** - O cumprimento desses dois princípios pressupõe que os profissionais envolvidos nas equipas de saúde compreendam o indivíduo como um todo, tendo em conta todos os fatores que o rodeiam, e que percebam que os serviços estão organizados em níveis de complexidade crescentes, desde o nível primário de assistência, até aos níveis mais especializados; este sistema é denominado referência e contra-referência, sendo que a referência

se dá do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contra-referência. A articulação entre ambas é bastante difícil uma vez que a demanda de serviços mais complexos excede o número de solicitações por parte da atenção básica, dificultando atingir um nível de excelência no atendimento dos utentes que necessitam de serviços especializados.

Territorialização e Adscrição da Clientela - a USF trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento desta população. Recomenda-se que a equipa seja responsável por, no máximo, 4000 pessoas do território.

Equipa Multiprofissional - composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e ACS. Além desses, dentistas, técnicos em saúde bucal, auxiliares em saúde bucal, assistentes sociais e psicólogos, entre outros, poderão fazer parte das equipas ou formar equipas de apoio, de acordo com as necessidades locais.

Caráter Substitutivo - substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Saúde.

Humanização – através da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: utentes, trabalhadores e gestores. As equipas de saúde devem trabalhar de forma coesa, ajudando-se mutuamente, respeitando as suas diferentes funções. A Humanização é a percepção de que todos os protagonistas implicados na produção de saúde têm o seu valor, a sua autonomia, protagonismo e responsabilidade, e são fundamentais para o sucesso do atendimento. O acolhimento do utente, realizado de forma universal a todos os que procuram a rede do SUS, é fundamental, através da criação de uma relação de afetividade e confiança e não existem barreiras que possam prejudicar a saúde do mesmo. O utente é participante ativo na sua Saúde, e apresenta tanto ou mais responsabilidade na sua melhoria do que a equipa de saúde que lhe presta e proporciona os cuidados necessários. Conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado, uma nova atitude frente aos processos de saúde-doença da comunidade. Cuidar é ir mais além do que a ação de vigilância, é ter uma postura pró-ativa de proteção. A humanização também se caracteriza pela criação de um vínculo entre profissionais e família, que permite a criação de laços entre ambos e se revela fundamental para a melhoria dos resultados nas ações de saúde na comunidade. O atendimento da demanda espontânea é também parte integrante do processo de humanização dos cuidados em saúde da ESF. <sup>(30)</sup>

### **Programa Saúde na Escola (PSE)**

O Programa Saúde na Escola (PSE), criado aquando da aprovação da PNAB, através de uma política intersetorial entre os Ministérios de Educação e da Saúde, é mais um dos contributos da estratégia de saúde da família e tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Estas ações são desenvolvidas na área de abrangência da ESF, por eSF, e a Escola é a área institucional privilegiada para este encontro da educação com a saúde, sendo um espaço que propicia a convivência social e o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde através de uma Educação Integral.<sup>(31)</sup>



*Figura 3 - Atividades desenvolvidas no âmbito do PSE na Escola Municipal de Ensino Fundamental Victor Issler.*

Para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. As eSF são por isso o veículo essencial para que estas ações se verifiquem nas escolas, principalmente na área da medicina dentária, onde é extremamente fácil analisar quais as necessidades dos jovens das comunidades. Estas equipas, providas de apenas alguns equipamentos fornecidos pelas Unidades de Saúde, conseguem realizar exames físicos e clínicos precisos, realizar escovagem supervisionada com dentífricos fluoretados, e conseqüentemente realizar instruções de higiene oral, promover saúde , alertar para algumas doenças que podem ser combatidas no dia a dia com uma correta educação, entre muitas outras ações que podem fazer a diferença nestas gerações do futuro.<sup>(30, 32, 33)</sup>



*Figura 4 - Escovagem Supervisionada com Dentífrico Fluoretado e Instruções de Higiene Oral das crianças da Escola Municipal de Ensino Fundamental Victor Issler.*

## **Atribuições dos Profissionais de Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF)**

As ações a que se pressupõem as equipas de saúde são complexas e exigentes.

A ESF exige para a sua implementação, a presença de um profissional com visão sistémica e integral do indivíduo, família e comunidade, capaz de atuar com criatividade e sentido crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, sendo capacitado para organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Assim revela-se essencial o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, de forma a incorporar, não apenas novos conhecimentos, mas a mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, garantindo uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde.<sup>(34)</sup>

Todas as ações descritas anteriormente são atribuições comuns a qualquer profissional de saúde, que zele pelo bem-estar da comunidade em que está inserido.

Historicamente, as práticas da Saúde Oral no Setor Saúde indicam que esta foi desenvolvida com grande distanciamento entre profissionais e utentes, sendo realizada praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião dentista inserido num ambiente puramente clínico. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Oral pelas eSF visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática de todos os profissionais da equipa. Deve existir muito empenho por parte dos profissionais de Saúde Oral para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, que deve traduzir-se num movimento contínuo de reflexão sobre as suas práticas, para que ocorra uma aproximação entre os diferentes profissionais da equipa e também dessa equipa com a comunidade. A aproximação ao utente cria condições para serem desenvolvidas ações que visem a sua educação e a criação de autonomia em relação ao que é benéfico e prejudicial para a sua saúde, contribuindo para solucionar os seus problemas.<sup>(35)</sup>

Estabelece-se assim um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender, com a missão de mudar o panorama da Medicina Dentária no Brasil.

Na APS, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) é composta pelo Cirurgião-Dentista generalista ou especialista (CD), Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Participa

ainda na equipa o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que também faz parte das UBS/USF. Cada categoria profissional possui atribuições específicas e complementares na atenção individual ou coletiva ao paciente.

São atribuições do Cirurgião-Dentista (CD):

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planeamento e a programação em saúde oral;

II - realizar a atenção em saúde oral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planeamento da equipa, com resolubilidade;

III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde oral, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da colocação de próteses dentárias elementares;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - coordenar e participar em ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças orais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipa, procurando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - realizar supervisão técnica do TSB e ASB;

VIII - participar na gerência de todos elementos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

O Técnico em Saúde Bucal, bem como o Auxiliar em Saúde Bucal, e os Agentes Comunitários de Saúde, apresentam também atribuições próprias, que permitem que a equipa se complete e funcione adequadamente a partir de um trabalho em conjunto, fruto da constante comunicação e interação entre todas as partes.<sup>(30, 35)</sup>

Este conjunto de atribuições permite aos profissionais terem uma noção generalizada do que são as suas responsabilidades e qual o seu papel na rede do SUS.

É a partir delas que um complexo trabalho se processa.

As atribuições da Equipe de Saúde Bucal na Atenção Primária em Saúde envolvem todas as áreas da medicina dentária e o fluxo de acesso ao atendimento deverá seguir os princípios do acolhimento com identificação de necessidades.

Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, a organização das atividades da equipe de saúde bucal deverá ser orientada de forma a garantir que 75 a 85% das ações sejam voltadas ao atendimento clínico individual em consultório dentário, de modo a suprir a enorme demanda de utentes que necessitam de tratamentos dentários, enquanto 15 a 25% devem ser direcionadas a atividades coletivas, como atividades de promoção de saúde, visitas domiciliares, atividades em escolas, participação em conselhos locais, entre outras. <sup>(35)</sup>



*Figura 5 - Consultório Dentário da USF Jardim da Fapa.*



*Figura 6 - Atividades coletivos na Escola Municipal de Ensino Fundamental Nossa Senhora de Fátima.*

A definição do campo de prática das ESB na Atenção Básica estende-se muito para além do que é a cavidade oral, o que exige na composição das suas ações a integração de diferentes áreas de conhecimento.

Estas ações podem ser desenvolvidas de várias formas no campo da atenção básica, desde ações intersetoriais, que visem mudar as circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde das comunidades, e que possam conduzir a ambientes mais saudáveis, a ações educativas, eu visam fortalecer a autonomia dos utentes no controlo do processo saúde-doença, e na mudança de hábitos nefastos para a sua saúde e bem-estar. <sup>(13)</sup>

## **Educação em Saúde**

As estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde, por meio de mudanças dos padrões e modos de vida da população são consideradas fundamentais neste novo modelo de atenção em Saúde. A importância da educação no processo de transformação social e a sua relação com a área de saúde, onde o conhecimento de ambas as áreas se integram, promove grandes mudanças na vida dos indivíduos e na realidade das sociedades. <sup>(36)</sup>

Na perspectiva da promoção da saúde, as práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos usuários. No entanto, para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser partilhadas de forma simples e contextualizada, instrumentalizando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida. Nesse sentido, a prática educativa estabelece-se como o processo de prover os indivíduos de conhecimentos e experiências que os tornem aptos a atuar no meio social e a transformá-lo de acordo com as suas perspectivas. Para que as pessoas possam fazer escolhas mais saudáveis de vida, é necessário que exista um processo de interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um e o estabelecimento de uma relação de confiança entre o usuário e o profissional. Ao desencadear-se um diálogo entre ambos, o profissional deve certificar-se de que ele entende o conteúdo que lhe está a ser transmitido, pois caso isso não ocorra, o processo de educação não surte qualquer efeito na melhoria das suas condições de vida. A transmissão de conhecimentos puramente científicos desconsidera a dimensão socioeconômica e cultural do sujeito, tornando o processo educativo ineficaz, uma vez que os conceitos empregados divergem da sua realidade social. <sup>(36)</sup>

Trabalhar questões que vão para além do científico, do biológico, propulsionará o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde mediante o processo de empowerment e luta pelo alcance de estratégias que permitam um maior controle sobre as condições de vida da população, individual e coletivamente.

O profissional de saúde tem assim um papel crucial na obtenção de uma interação efetiva com o usuário, sendo fundamental a escuta, observação e disponibilidade por parte do mesmo para promover o sucesso no processo de comunicação.

Este, através da transmissão dos seus conhecimentos aos usuários, dá-lhes autonomia, responsabilidade e poder para decidir aspetos relativos à sua saúde. <sup>(37)</sup>

## **Papel do Médico Dentista como veículo condutor de Educação**

Falando de forma mais específica nos profissionais de Medicina Dentária, os dentistas têm efetivamente um papel preponderante na educação dos utentes em relação à sua saúde oral.

Atualmente, grande ênfase tem sido dada às estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde oral, por meio de mudanças dos padrões e modos de vida da população. A educação para a saúde oral sustenta-se em objetivos fundamentais que devem ser alcançados: cognitivos, afetivos e psicomotores. Os objetivos cognitivos dizem respeito à capacidade intelectual dos indivíduos de uma determinada população assimilarem e compreenderem as orientações dadas pelos profissionais de saúde, sendo estes responsáveis por transmitir informações de forma simples, clara e lógica de forma a que o sujeito possa esclarecer as suas dúvidas em relação à sua situação de saúde e as suas necessidades. Os afetivos baseiam-se na forma como os educadores para a saúde passam os seus conhecimentos à população. Estes devem criar uma relação de confiança e colaboração com os indivíduos que estão a aconselhar, deixando-os a vontade para expor os seus problemas sem tecerem críticas a esse respeito, respeitando sempre os seus modos de vida e a sua cultura, promovendo a quebra de possíveis barreiras que possam interferir na passagem da informação, possibilitando-lhes mudanças nos seus valores, atitudes e interesses. Os psicomotores remetem para a capacidade física e destreza manual individual do educando, para que este consiga cumprir com sucesso as orientações fornecidas pelos educadores. Este processo, ainda que lento e difícil de incorporar nas populações, é de grande importância para que efetivamente existam melhoras significativas na saúde das populações. <sup>(38)</sup>

Os principais objetivos da educação em saúde oral por parte das ESB, e que são recorrentemente abordadas nas ações educativas coletivas são:

- as principais doenças orais, como se manifestam e como se previnem (foco para a cárie, doença periodontal e cancro oral);
- a importância do autocuidado, da higiene oral, da escovagem com dentífrico fluoretado e o uso do fio dentário;
- os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose;
- orientações gerais sobre dieta, e influência da mesma na saúde oral e geral;
- a orientação para auto-exame da cavidade oral;
- os cuidados imediatos após traumatismo dentário;

- malefícios da exposição solar sem proteção (fator de risco para o cancro de pele, onde se inclui o lábio, muitas vezes afetado);
- malefícios do consumo de álcool e tabaco, fatores de risco para inúmeras doenças como o cancro oral.

O planeamento das ações educativas deve ser feito em conjunto com a equipa de saúde da família, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida, condição de vida, e por fatores de risco comuns a várias doenças.

A educação em saúde deve ser parte das atribuições comuns a todos os membros da equipa de saúde bucal, podendo ser realizada em inúmeros espaços físicos, desde as USF ( na clínica, na sala de espera, nos grupos de acolhimento da demanda espontânea, em grupos específicos como de grávidas,etc) às creches, escolas, lares de idosos, orfanatos ou mesmo nas ruas das comunidades, tanto individual como coletivamente.

A correta organização destas ações educativas, aliadas à crescente resposta à demanda de utentes que necessitam de tratamento dentário, estão de facto a mudar o panorama da Medicina Dentária no Brasil, e a ESF tem um papel central na evolução destas práticas, tanto clínicas como educativas, voltadas essencialmente para a Promoção da Saúde, através de uma estratégia com anos de evolução, que aprendeu com os seus erros, e que apesar de ainda apresentar muitos problemas por solucionar, permite efetivamente o melhoramento das condições de saúde e bem-estar das comunidades. <sup>(13, 39)</sup>

## **Papel das Universidades no Sistema Único de Saúde (SUS)**

A atual formação da maioria das Universidades gera um modelo de trabalho na saúde que contempla atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, não permitindo a integralidade da atenção, em que as ações de saúde devem também incorporar práticas educativas e promotoras de saúde. A maioria dos profissionais que atuam no SUS ainda segue esse modelo, curativista, que não abre espaço para práticas de educação e saúde efetivas, dificultando a imposição dos conceitos da ESF nas comunidades. <sup>(40, 41)</sup>

É um fato que a formação desses profissionais de saúde é uma das problemáticas centrais. Eles demonstram não estar preparados para o trabalho na lógica da Promoção da Saúde requerida pela ESF. Por essa razão, reitera-se a relevância da Educação Permanente dos profissionais e da reestruturação do programa curricular graduação, de modo a aproximar as permissas da Educação em Saúde da realidade social. <sup>(40)</sup>

Mas nem todas as Universidades têm esta abordagem. Uma revisão e reflexão sobre as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina dentária foi realizada em 2002, tendo em vista efetivamente essa mudança de paradigma. O dentista necessita de uma visão global, de um perfil mais humano, crítico, activo, no sentido de dirigir a sua atuação para a transformação da realidade social do Brasil, e muitas Universidades do Brasil já criam profissionais com estas características, dando garantias que os profissionais estão à altura da estratégia do SUS, e estão prontos para promover a evolução continua na Saúde Oral deste País. <sup>(40-42)</sup>

## **Discussão**

Neste capítulo gostaria de abordar dois tópicos, que foram a razão pela qual decidi realizar a minha monografia na análise do SUS como uma referência nos cuidados primários de saúde.

O primeiro prende-se pelo facto de eu ter vivido esse sistema.

Por conta de um intercâmbio que me permitiu viajar até Porto Alegre, Rio Grande do Sul, para estudar na Faculdade de Odontologia da PUCRS, tive a oportunidade única de perceber de perto como funciona este complexo sistema.

A Faculdade de Odontologia da PUCRS é umas das universidades que aposta na diferenciação profissional dos seus alunos necessária a que estes futuros dentistas estejam à altura das demandas atuais da sociedade. Durante 2 semestres integrei a unidade curricular Estágio em Saúde Coletiva, que de uma forma cuidadosa e orientada coloca os alunos dentro deste complexo sistema.

No primeiro deles tive o privilégio de conhecer a UBS de Vila Fátima. Aí presenciei a forma como a atenção básica à saúde oral é organizada, e principalmente o papel do dentista na comunidade. Depois de observar e entender, tive a possibilidade de, supervisionado por professores, atuar e ser parte integrante da esb da unidade, incorporando várias das funções do cirurgião dentista, desde atividades clínicas, no atendimento dos utentes, a atividades coletivas de promoção e prevenção, através da realização de salas de espera (onde abordava tópicos importantes sobre a saúde oral aos utentes), e atividades do PSE nas creches e escolas da comunidade (análise do estado de saúde oral e geral das crianças e das suas necessidades, escovagem supervisionada com dentífrico fluoretado, etc).

No segundo semestre consolidou-se a minha segunda experiência no SUS, desta vez na USF Jardim da Fapa. Desta vez, com mais autonomia, pude explorar outras vertentes do atendimento integral da comunidade. Realizei visitas domiciliares a pessoas incapacitadas de deslocar-se à unidade, visitas a lares de idosos e orfanatos (onde supri as necessidades urgentes de tratamento e realizei atividades promotoras de saúde e bem estar), discursi em reuniões de grupos específicos criados no seio da Saúde da Família (grávidas, jovens, portadores de doenças

crônicas, etc), e atendi a demanda espontânea baseando-me nos princípios da integralidade e universalidade.

Mas fundamentalmente, o que mais me marcou em todo este trajeto foram as relações que criei, tanto com professores, colegas de trabalho como com os utentes a quem prestava serviço. Posso dizer que criei um vínculo com este sistema, e com todos os que o orbitam.

É um trabalho verdadeiramente gratificante o que é feito pelos dentistas na atenção básica, quando realizado de acordo com os pressupostos definidos no SUS, e com a vontade insaciável de mudança e progresso.

Como um professor pelo qual nutro muito carinho dizia, “O SUS não é um problema sem solução, mas uma solução com problemas”, e eu acredito que a vontade de mudar irá superar as dificuldades existentes para que o panorama da saúde oral no Brasil melhore cada vez mais, e o SUS é a sem dúvida a solução!



*Figura 7 - Unidade de Saúde da Família Jardim da Fapa.*

O segundo tópico remete-me para uma análise crítica do momento em que Portugal se encontra no que diz respeito ao acesso da população, nomeadamente a mais carenciada, ao acesso a cuidados de saúde oral.

Existem deficiências notórias neste campo, pautado por uma medicina dentária quase exclusivamente privatizada, e colocada à parte das restantes áreas da saúde. As medidas de promoção e prevenção de saúde, apesar de existirem, chegam a uma percentagem ínfima da população e podem ser sem dúvida melhoradas.

As últimas estatísticas da união europeia no que diz respeito à procura de profissionais de saúde, ainda que desatualizadas (2012), revelaram que Portugal é o País cuja população procura menos o dentista por ano, mantendo essa posição desde vários anos consecutivos com distâncias disparem em relação aos seus concorrentes. Uma última análise da OMD, em 2015, revelou que os anos de crise ainda fizeram diminuir mais essa procura por cuidados de saúde oral, o que revela que a tendência é para o cenário piorar.

Para existir Saúde plena, tem de existir Saúde Oral.

Assim, há uma necessidade inequívoca de existir equidade no acesso aos cuidados de saúde oral, de forma a tentar reverter a situação em que o País se encontra, e a solução passa na minha opinião pela expansão da rede de cuidados de saúde primários, através da ampliação da cobertura do SNS na área da Saúde Oral.

A criação do projeto piloto de integração de médicos dentistas em 13 centros de saúde, que arrancou em julho de 2016, foi o primeiro passo para essa expansão. O Ministério da Saúde já anunciou que irá ocorrer um alargamento desse projeto, abrangendo mais médicos dentistas nos cuidados de saúde primários do SNS.

Este pode ser o começo de uma nova era na Medicina Dentária em Portugal, que permaneceu muito tempo à parte das restantes áreas da Saúde. Com a sua inserção no sector público, serão necessários planeamentos complexos para a sua adaptação no SNS.

O Brasil é uma referência mundial na Saúde, e o SUS o maior sistema público universal, podendo ser um modelo de referência para outros Países seguirem o seu exemplo, moldando os seus princípios para finalidades distintas, adequando-os às suas próprias necessidades.

## Referências Bibliográficas

1. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8:599-609.
2. Santos AMd, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11:53-61.
3. Mattos GCM, Ferreira EFe, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19:373-82.
4. de Almeida AB, da Silva Alves M, Leite ICG. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. *Revista de APS*. 2010;13(1).
5. Spezzia S, Carvalheiro EM, Trindade LdL. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2015;72:109-13.
6. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2014;21:15-36.
7. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007;17(1):29-41.
8. Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Escola Anna Nery*. 2011;15:389-94.
9. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:743-52.
10. Lima RSdF. Direito à saúde e critérios de aplicação. 2006.
11. Scotti RF. Para entender a gestão do SUS. In: *Saúde C-CNdSd*, editor. 2003.
12. *SUS Princípios e Conquistas*. In: *Executiva MdS-S*, editor. 2000.
13. *Saúde Bucal - Caderno de Atenção Básica*, nº 17. In: *Saúde Md*, editor. 1ª ed2008.
14. Campos GWdS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. *Saúde em debate: Hucitec*; 2008. p. 132-53.
15. Organization WH, Unicef. Primary health care: a joint report. 1978.
16. Política Nacional de Atenção Básica. In: *Saúde Md*, editor. 4ª ed2007.
17. Gomes KdO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O agente comunitário de saúde e aconsolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20:1143-64.
18. Estratégia do Programa Saúde da Família - PSF e Programa Agentes Comunitários – PCS no Estado de Santa Catarina. 2003.
19. Saude BMdSSdAa. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial: Brasil. Ministério da Saude; 1997.
20. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. 2000;34:316-9.
21. Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(1):105-14.
22. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*. 2010;12(3).
23. Nickel DA, Lima FG, Silva BbD. Dental care models in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(2):241-6.

24. Scarparo A, Zermiani TC, Ditterich RG, Pinto MHB. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal–Programa Brasil Sorridente–sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad saúde colet,(Rio J)*. 2015;23(4):409-15.
25. Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir. In: Saúde Md, editor. 2015.
26. Pucca Jr GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(1):243-6.
27. Scherer C, Scherer M. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saude Publica*. 2015;49:98.
28. de Lucena EHG, Júnior GAP, de Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2011;5(3):53-63.
29. Figueiredo ENd. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP. 2012.
30. Saúde BMD. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 2011.
31. Passo a passo PSE - Tecendo caminhos da intersetorialidade. 1ª ed2011.
32. República BPD. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências. *Diário oficial da União*. 2007.
33. Alves R. Saúde e Prevenção nas escolas: tecendo caminhos pelo viés da intersetorialidade e interdisciplinaridade.
34. Figueiredo ENd. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. *Módulo Político Gestor*. 2010.
35. Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre - Organização da rede e fluxos de atendimento. In: Saúde SMD, editor. 2014.
36. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:319-25.
37. Besen CB, Netto MdS, Da Ros MA, Silva FWd, Silva CGd, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2007;16:57-68.
38. Sossai JA. Determinação de objetivos educativos. *Revista de Saúde Pública*. 1974;8(4):437-42.
39. Pereira AA. Avaliação do programa de educação em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. 2002.
40. Diretrizes A. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*. 2001;4(1):17-21.
41. Morita M, Kriger L, Carvalho Ad, Haddad A. Implantação das diretrizes curriculares nacionais em odontologia. Maringá: Dental Press: ABENO: OPAS: MS. 2007.
42. Resolução CNE/CES 3, Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. In: Educação CND, editor. 2002.

## **Anexos**

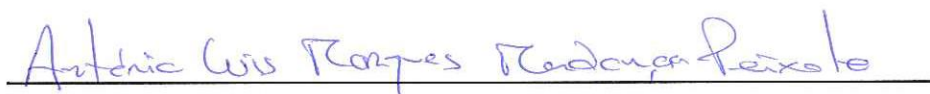


## Declaração de Autoria

### Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

Porto, 22 de Maio de 2017



António Luís Marques Mendonça Peixoto



## Declaração

Para os devidos efeitos informo que o trabalho de Monografia desenvolvido pelo estudante António Luís Marques Mendonça Peixoto com o título "SUS - Um modelo de referência nos cuidados de Saúde Oral Primários: Papel do Médico Dentista e das Universidades nas ações de Saúde Pública no Brasil" está de acordo com as regras estipuladas na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas

Porto, 22 de maio de 2017

---

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira  
Professora auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto