



TCE/UNICAMP
G586p
FOP

CLÁUDIA ANGELA GONÇALVES

**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL E O PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): UMA NOVA PERSPECTIVA?**

Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, como requisito para
obtenção de título de Especialista em
Odontologia em Saúde Coletiva

005

PIRACICABA
2002

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

CLÁUDIA ANGELA GONÇALVES

**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL E O PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): UMA NOVA PERSPECTIVA?**

Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, como requisito para
obtenção de título de Especialista em
Odontologia em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Marcelo C. Meneghim

PIRACICABA
2002

*Ao meu noivo Gustavo,
simplesmente por tudo.*

*A minha mãe Angela,
pelo apoio e compreensão.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim pelo acompanhamento e incentivo nesta caminhada.

Aos colegas de Especialização pela troca de experiências e novas amizades.

À Dr^a. Maria Cristina Succar Tacla por sempre se mostrar gentil e prestativa ao fornecimento de materiais imprescindíveis a este trabalho.

À Dr^a. Dirce Ap. Valério da Fonseca pelo apoio aos meus ideais.

A toda equipe da Saúde da Comunidade, em especial Elvira e Lourdes, pela prontidão em sempre ajudar.

À Direção Regional de Saúde (DIR – XV) de Piracicaba, em especial Alba, Rosângela e Adriana Sturion, por permitirem a participação na 10^a. Oficina de Capacitação do Programa de Saúde da Família, cujo conteúdo foi muito enriquecedor.

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES – SP) pelo envio de bibliografias importantes a esta monografia.

E a todos que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

“Uma jornada de mil milhas começa com um simples passo.”

Lao Tzu

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUÇÃO	10
2. DESENVOLVIMENTO	13
2.1. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	17
2.2. A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL	22
2.3. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	26
2.4. DISCUSSÃO	37
3. CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integrals de Saúde

APCD – Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas

CD – Cirurgião-Dentista

ESB – Equipe de Saúde Bucal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB/SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF – Programa de Saúde da Família

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIA – SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

USF – Unidade de Saúde da Família

RESUMO

A falta de uma política definida de saúde bucal no Brasil ainda deixa a maior parte da população sem acesso a procedimentos odontológicos clínicos e preventivos essenciais. A oferta de serviços odontológicos tem se restringido a grupos mais bem favorecidos economicamente, reduzindo o alcance dos avanços tecnológicos pelos mais desprovidos financeiramente. A precariedade de recursos destinados à Odontologia e a deficiência do sistema público em promover saúde bucal à população agravam o quadro epidemiológico da mesma, indicando a necessidade de mudanças no modelo de assistência odontológica no país. Assim, o Ministério da Saúde incluiu, em 2000, a Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), objetivando melhorar o índice epidemiológico de saúde bucal do povo brasileiro bem como ampliar o acesso deste aos serviços odontológicos. Desde que bem planejado, executado e avaliado, este programa poderá ser uma das estratégias para a ampliação e capacidade de democratização do acesso da população aos cuidados odontológicos, melhorando sua condição bucal e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

ABSTRACT

The lack of an established policy regarding Oral Health still leads the majority of Brazil' population to face a shortage of dental care procedures including clinical as well as preventable measures.

The Dental Care Services have been mainly offered to well off economical groups reducing the aplicability of technical improvements, leading them beyond the reach of most people.

The lack of investments in this area in addition to the inefficiency of the Public System in offering broadly services, have become responsible for worsen the population's epidemiological picture, showing us an urgent need of changing in the Brazilian Odontological Assistance model.

For this reason, the Health Ministry included in 2000 the Oral Health in the Health Family Program aiming at improving the Brazilian epidemiological conditions as well as extending the range of services provided.

As it has been well planned, performed and valued, this program would be one of the strategies for the democratization of Dental Care improving not only the population condition but also its quality of life.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil chega ao século XXI sem uma política definida de saúde bucal. A maior parte da população ainda não tem acesso a cuidados clínicos e preventivos essenciais de maneira adequada (PINTO, 2000).

Segundo SILVA (2000), o levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) feito em 1999 com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e divulgado no primeiro semestre de 2000, mostra que por volta de 20 milhões de brasileiros (cerca de 12% da população), do total de 160 milhões de habitantes, nunca consultaram um cirurgião-dentista. Na zona rural, a situação agrava-se e essa taxa eleva-se para 32%.

Apenas 6% do povo brasileiro vai periodicamente ao dentista, 30% só em caso de muita dor, 64% não vão e metade da população acima dos 60 anos já é totalmente desdentada. Aqui cerca de 70% do tempo e do dinheiro gastos com saúde bucal atualmente pertencem ao setor privado, o que demonstra a precariedade de recursos destinados à Odontologia e a deficiência do sistema público em promover saúde bucal à população, fatos que comprovam a necessidade de mudanças urgentes no modelo de assistência odontológica brasileira (SULIANO, 2001).

De acordo com PINTO (2000), “a prática odontológica, fundamentada em um modelo perverso de organização, muito comumente tem concentrado a oferta de serviços junto aos grupos de média e alta renda, tendo como um de seus efeitos mais notórios a redução do alcance dos avanços tecnológicos que terminam por beneficiar apenas os grupos humanos economicamente mais bem situados. Impõe-se de ora em diante o desafio de colocar esses avanços da ciência a serviço de todos ou da maioria, estruturando um sistema de atendimento que seja adequado, aceito por pacientes e profissionais e que responda às necessidades da sociedade”. Nada adianta a Odontologia cada vez mais aprimorar-se tecnologicamente se estas inovações não estiverem disponíveis para a maior parte da população.

O Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde (MS) surgiu em 1994 como um conjunto de ações individuais e coletivas destinado à reorganização da atenção básica, possibilitando, desta forma, o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, levando a saúde para mais perto da família. A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas - quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação - impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção neste contexto, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE-MS, 2001).

Ao formarem-se vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais da equipe e a população assistida, espera-se que a identificação dos problemas de saúde da comunidade seja facilitada, aumentando assim o grau de resolução destes problemas.

Dentro deste contexto, o programa será avaliado neste trabalho quanto à ampliação e capacidade de democratização do acesso da população aos serviços odontológicos, com a finalidade de melhorar seu índice de saúde bucal e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

2. DESENVOLVIMENTO

Ao longo das últimas décadas, os dados referentes à situação odontológica brasileira têm mostrado, insistentemente, dois grandes problemas: a gravidade do quadro epidemiológico e a ausência de uma política setorial (MS, 1989).

Dados do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde mostraram porcentagens muito altas de incidência de doenças periodontais, identificando ainda um número inaceitável de extrações e próteses totais, conforme indicado na tabela 1. Já a tabela 2 mostra o índice CPOD médio obtido por idade (7 a 14 anos) nos Levantamentos Epidemiológicos realizados no país nos anos de 1986, 1993 e 1996, com respectivo percentual de redução.

Tabela 1. Condição de saúde periodontal, edentulismo e necessidade de prótese total por grupo etário – Brasil – zona urbana – 1986.

Grupo etário (em anos)	Sem doença periodontal (em %)	Com doença periodontal (em %)	Edêntulos (em %)	Necessidade de prótese total (em %)
15 a 19	27,9	71,87	0,23	1,59
20 a 29	22,1	75,55	2,35	9,00
30 a 39	14,37	75,61	10,02	25,52
40 a 49	6,82	67,37	25,81	45,35
50 a 59	3,49	52,50	44,01	68,17
60 a 69	1,14	36,12	62,74	86,62
70 a 79	0,23	19,99	79,78	97,26

Fonte: Ministério da Saúde, 1986

Tabela 2. Índice CPOD médio por idade - Brasil – zona urbana – 1986, 1993 e 1996 com percentual de redução.

Idade	CPOD Média/Ano			Redução
	1986	1993	1996	%
7	1,94	1,27	0,70	63,81
8	2,53	1,83	1,15	54,54
9	3,37	2,38	1,53	54,59
10	4,52	2,96	1,87	58,62
11	5,77	3,70	2,38	41,24
12	6,67	4,84	3,06	53,98
13	7,80	5,51		29,32
14	8,26	6,24		24,48

Fonte: Ministério da Saúde, 1996

O índice CPOD aos 12 anos em 1996 foi de 3,06, atingindo praticamente o parâmetro preconizado pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2000. Se por um lado obteve-se uma redução em torno de 50% na prevalência da cárie dentária aos 12 anos entre 1986 e 1996, por outro a situação epidemiológica da população adulta não melhorou, necessitando de ampliação de cobertura assistencial. Mesmo com a existência de um elevado número de cursos de Odontologia e de Cirurgiões-Dentistas no Brasil, a prevalência das principais enfermidades orais ainda é bastante acentuada.

A prolongada crise social, política e econômica do país tem conduzido ao agravamento dos déficits sociais em sua totalidade, aumentando a miséria

absoluta e relativa da população. Simultaneamente, constata-se a diminuição do investimento público em programas sociais, inclusive os de saúde. Em decorrência disto, observa-se o colapso dos serviços com conseqüente comprometimento da vida das pessoas, já que a população acaba tendo acesso limitado aos serviços disponíveis.

A Constituição da República e a Lei Federal 8080/90 expressam claramente a saúde como direito de cidadania, constituindo a base jurídico-legal para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país. Ao mesmo tempo, as Conferências de Saúde ao serem regulamentadas pela Lei Federal 8142/90, expressam mais diretamente as posições conjunturais da sociedade civil, evidenciam as articulações entre modos de vida e processo de adoecimento e são a fonte de legitimação dos Sistemas Locais de Saúde.

Vale lembrar que a saúde bucal, como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação. Assim, a luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção (TOLEDO et al., 1995).

Buscando uma resposta correta e eficaz a essa complexa situação, a Divisão Nacional de Saúde Bucal, órgão da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde, criou, em 1989, através da Portaria nº 613/GM, a Política Nacional de Saúde Bucal. Atualmente este documento encontra-se em processo de reformulação. Sua finalidade é definir as principais diretrizes e prioridades de atuação em odontologia no país, procurando reverter o quadro epidemiológico, estruturar o setor e ampliar o acesso aos serviços odontológicos disponíveis.

2.1. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

2.1.1. Estrutura Geral e Princípios

O sistema odontológico deverá estruturar-se para ofertar serviços básicos à população, adotando um modelo descentralizado e hierarquizado de ação.

Inclui, portanto, ações de promoção de saúde, prevenção e prestação de cuidados essenciais (alívio da dor e controle de infecções) a toda a população, além de atenção clínica aos grupos epidemiologicamente prioritários.

Na prática, o sistema buscará organizar-se para:

- alcançar ampla cobertura em crianças de seis a 12 anos;
- prevenir as doenças bucais, com ênfase na cárie dental, em toda a população, a partir do nascimento;
- enfatizar ações de educação para a saúde bucal, em todos os níveis;
- prestar cuidados essenciais onde houver uma comunidade;
- prestar atenção especializada a casos encaminhados pela rede básica de saúde bucal;

- expandir gradativamente a prestação de serviços resolutivos aos grupos em segundo e terceiro graus de prioridades: de 13 a 19 anos e de dois a cinco anos de idade.

A Política Nacional de Saúde Bucal fundamenta-se em cinco grandes princípios: universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional, de acordo com os princípios do SUS.

2.1.2. Objetivos

- reduzir em 50% a prevalência da cárie dental em crianças e adolescentes no prazo de 10 anos;
- combater as doenças periodontais, aumentando os índices de higiene em todas as faixas etárias;
- reduzir significativamente os índices de edentulismo e o número de extrações na população jovem e adulta;
- democratizar o acesso aos serviços odontológicos por meio do aumento da oferta, da atenção a grupos prioritários e da ampla participação da comunidade;
- estruturar uma rede nacional de serviços básicos em saúde bucal;

- promover ações continuadas de educação para saúde bucal, de forma a nortear todas as atividades do setor;

- apoiar a formação de recursos humanos de nível superior, técnico e auxiliar compatíveis com o quadro epidemiológico, com a situação econômico-social e com os padrões de crescimento populacional do país.

2.1.3. Diretrizes Operacionais

- Prevenção de doenças bucais

A cárie dental exige para seu controle o uso concomitante de fluoretos nas dosagens adequadas por ingestão e por via tópica. A fluoretação da água de consumo público e o uso tópico de géis e soluções uma ou duas vezes ao ano, ou de bochechos semanais ou quinzenais para as crianças de seis a doze anos de idade constituem seu método de prevenção.

Quanto à doença periodontal, a prevenção ainda está situada em cuidados caseiros apoiados por programas educativos intensos.

- Educação em saúde

Realizado em apoio às ações preventivas e como fator de generalização de técnicas de autoproteção.

- Atenção clínica a grupos e problemas prioritários

Atendimento às crianças de seis a 12 anos de idade, inicialmente na zona urbana, dando-lhes atenção integral (restaurações, extrações, profilaxia, ortodontia preventiva e cuidados especializados aos casos de maior necessidade social), com ênfase na cárie dental.

- Organização setorial

Com a implantação do Programa de Saúde Bucal Nacional em cada unidade federada e em cada município, a prioridade em termos de apoio institucional e alocação de recursos situa-se no âmbito das entidades do setor público, dos serviços próprios e dos programas unificados.

- Formação de recursos humanos

Nesse campo, deve-se dar ênfase à preparação e incorporação de pessoal técnico e auxiliar, bem como promover a adequação dos currículos destes e dos cirurgiões-dentistas à realidade do país e à sua política de saúde bucal.

A educação continuada de dentistas e auxiliares deve ser empregada como estratégia para identificar sua formação com o novo modelo assistencial odontológico.

A compatibilização do número de profissionais com o ritmo de crescimento demográfico evita a criação de novos cursos e contém a oferta de matrículas dos cursos já existentes.

- Atuação da comunidade

As prioridades epidemiológicas devem ser divulgadas e discutidas ao máximo, e de maneira acessível, buscando-se formas de integração que possibilitem à comunidade participar do processo de gerência e funcionamento dos serviços.

- Estudos e pesquisas

Projetos específicos de estudos e pesquisas em saúde bucal deverão ser implementados com a análise de modelos assistenciais e de problemas operacionais, através de apoio financeiro integrado das diversas instituições que atuam neste campo (MS, 1989).

2.2. A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL

No Estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) vem implantando ações descentralizadoras desde os anos 80. Centenas de convênios foram assinados com os municípios através do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). Tal processo se firmou com os convênios do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e intensificou-se após a criação do SUS.

Cabe a SES desenvolver políticas de saúde que viabilizem a municipalização, contemplando a descentralização política, financeira e administrativa, com necessário aporte de recursos financeiros e respeito à autonomia dos municípios. Estes não são subordinados a SES, pois em conjunto com a União constituem gestores públicos com diferentes responsabilidades que se complementam no SUS.

A municipalização é, desta forma, uma estratégia para a consolidação e desenvolvimento do SUS. Cabe aos municípios o planejamento, execução, controle e avaliação, aplicação dos recursos e priorização de políticas condizentes com suas realidades, permitindo sobretudo a participação da sociedade.

Ao considerar que esta política introduz elementos inovadores à prática odontológica, ainda não incluídos adequadamente nos cursos de

graduação, pouco desenvolvidos nos serviços e pouco divulgados perante a opinião pública, faz-se necessário ao nível central da SES, entre outros:

- assessorar o Conselho Estadual de Saúde, a Comissão Bipartite e demais órgãos colegiados;
- articular-se com o Ministério da Saúde, buscando discutir a Política Nacional de Saúde Bucal adequada aos interesses da sociedade;
- padronizar indicadores de investigação, vigilância, controle e avaliação, visando o acompanhamento das ações descentralizadas e aferição do impacto sócio-epidemiológico das programações;
- desenvolver sistema de informação apropriado e consistente com o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA-SUS;
- realizar o levantamento epidemiológico em saúde bucal no Estado de São Paulo.

A Política Estadual de Saúde Bucal objetiva, de acordo com os princípios do SUS, incentivar e assessorar os municípios para o desenvolvimento de programas de saúde bucal que visem ao controle e a redução da cárie dentária, da doença periodontal, das oclusopatias e do câncer

bucal, além de ações diagnóstico-terapêuticas em nível de maior complexidade, tanto em ambulatórios de especialidades quanto hospitalais.

O modelo tradicional de assistência odontológica tendo o cirurgião-dentista como agente exclusivo do processo de trabalho vem sendo questionado há vários anos, pelo seu caráter excludente, de altos custos, baixo impacto social e baixa resolutividade.

O que se propõe para a superação desse modelo são as ações de natureza coletiva e a incorporação de pessoal auxiliar à equipe de saúde bucal.

Nesse sentido, cabe reafirmar que a atenção primária em saúde bucal é prioridade. As ações de natureza coletiva compreendem atividades de educação em saúde e procedimentos profilático-preventivos de controle de cárie dental e doença periodontal, como os previstos nos segmentos chamados PC I, PC II e PC III, normatizados pelo Ministério da Saúde nas Portarias do SIA-SUS e pela SES nas Resoluções SUS-SP.

A atenção primária é desenvolvida pelas unidades básicas em cada município, através da implementação da assistência individual e a realização dos procedimentos coletivos em espaços sociais e a grupos de pessoas organizadas e interessadas. Vale ressaltar que a assistência individual assegura consultas de urgência a toda a população, bem como consulta programada a grupos sociais

definidos segundo o perfil epidemiológico e fatores de risco ou sociais, que incluam quer os procedimentos profiláticos quer os cirúrgicos-restauradores.

Inclui-se ainda neste nível de atenção a fluoretação das águas de abastecimento público e o estabelecimento de sistemas de informação e pesquisas epidemiológicas.

Atividades de maior complexidade como cirurgia bucal, endodontia, periodontia, ortodontia e prótese devem ser desenvolvidas em centros de referência e ambulatórios de especialidades, estabelecendo com a rede básica um sistema de referência e contra-referência.

Ao nível terciário compete as ações de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, tratamento de câncer bucal e anestesia geral e seletiva a pacientes especiais, sendo que aos hospitais próprios/conveniados do sistema devem ser assegurados os recursos humanos e leitos necessários (TOLEDO et al., 1995).

2.3. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve sua primeira etapa de implantação em 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, as primeiras equipes do PSF começaram a ser formadas, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Trata-se de uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (MS, 2001).

Representa tanto uma estratégia para reverter o modelo assistencial vigente, baseado na prática “hospitalocêntrica”, como uma proposta de reorganização da atenção básica, ao adotar uma concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e na participação da comunidade.

Ao dar prioridade à atenção básica, o PSF não faz opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por exclusão. A tecnologia é uma conquista fundamental do setor saúde para o sistema, mas que vem sendo utilizada de forma excludente. Sendo um componente articulado dentro do sistema de saúde e tendo melhor conhecimento da clientela bem como

o acompanhamento dos casos, o programa ordena os encaminhamentos e racionaliza o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros. Não se trata de isolar a alta complexidade, mas colocá-la articuladamente a disposição de todos. Racionalizar, nesse caso, é democratizar o acesso de todos aos benefícios tecnológicos (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

O PSF encontra-se sintonizado com os princípios da universalidade, da equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltado à permanente defesa da vida do cidadão.

O programa tem na atuação da família e da comunidade a estrutura fundamental para o desenvolvimento das políticas sociais. Assim, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se à família, fortalecendo-a e proporcionando-a apoio necessário ao cumprimento de suas responsabilidades.

Enfim, o objetivo geral da estratégia Saúde da Família é o de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS, permitindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde e definindo as responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (MS, 2000).

2.3.1. A Unidade de Saúde da Família

A Unidade de Saúde da Família (USF) assim como uma Unidade Básica de Saúde é uma unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Desenvolve ações de promoção e prevenção de saúde, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campo de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente. Mesmo o PSF estando estruturado a partir da atenção básica, deve-se garantir a resolutividade tecnológica assegurando-se referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema, quando necessário. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES, 2001).

Desta forma, A USF não é um local de triagem, limitado a encaminhar a maior parte dos casos para os serviços especializados. Trata-se do primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, em que os profissionais em ação são capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população porque antes fizeram seu diagnóstico e prepararam um plano de ação, com ações e metas em relação aos principais indicadores.

Com o PSF implantado de maneira adequada, a própria USF pode solucionar cerca de 85% dos casos de sua área, contribuindo para reduzir a

demanda nos prontos-socorros e ambulatórios de hospitais da rede pública (MS, 2001).

Cada USF cobre uma determinada área geográfica com seus limites, áreas de risco, barreiras, infra-estrutura de serviços e características de habitação, trabalho, espaços sociais, lazer etc. Dentro de seu território de abrangência, definem-se áreas com características próprias e riscos semelhantes à saúde de seus habitantes, denominadas micro-áreas. Assim, o planejamento inicial e com maior ênfase ocorrerá nas micro-áreas de maior risco, permitindo um direcionamento do serviço a quem mais necessita (SES, 2001).

2.3.2. A Equipe de Saúde da Família

A Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde.

Cada ESF é responsável por um número determinado de famílias, ao que se chama “população adscrita”. Recomenda-se que cada equipe acompanhe entre 600 e 1.000 famílias, porém não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas.

Para o êxito da Saúde da Família, a condição essencial é que todos os membros da equipe trabalhem oito horas por dia, ou seja, 40 horas semanais.

Somente a jornada em regime integral possibilita ao profissional uma dedicação efetiva ao programa e o estabelecimento de um vínculo com a comunidade, ponto principal do PSF.

A ESF não é responsável apenas pelas visitas domiciliares e atividades coletivas ou individuais de prevenção às doenças mas sim por toda atenção básica da comunidade a ela pertencente, sem que haja paralelismo na assistência prestada (MS, 2001).

Outras categorias de profissionais de saúde podem ser incluídas nas Equipes de Saúde da Família, como dentistas, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas. A mais citada pelos municípios com um percentual de 28,8% foi o odontólogo (MS, 2000).

Quando o município inclui o cirurgião-dentista e auxiliares no Programa de Saúde da Família forma-se a Equipe de Saúde Bucal (ESB). Desta forma, as ESF e as ESB devem desenvolver ações conjuntas, porém com atribuições próprias.

2.3.3. A Equipe de Saúde Bucal no PSF

A proposta de inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF) foi anunciada oficialmente pelo Ministro da Saúde José Serra em 25 de outubro de 2000.

Após dois meses, em 28 de dezembro de 2000, através da Portaria nº 1444 é estabelecido o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. (anexo 01)

Em 06 de março de 2001 a Portaria nº 267 regulamenta a Portaria nº 1444 e aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, as quais integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (com as respectivas atribuições de cada profissional de saúde bucal). Esta portaria ainda explicita o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS. (anexo 02)

Através destas portarias, o Ministério da Saúde teve como objetivos, dentre outros:

- ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de doenças e agravos relacionados a ela;
- reorientar as ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica;
- substituir o modelo ultrapassado do dentista atuando isoladamente, incorporando-o ao trabalho em equipe;

- integrar a saúde bucal com as demais atividades, atendendo integralmente o indivíduo dentro de seu contexto familiar;
- atuar segundo os fatores de risco familiar e individual, estabelecendo-se vínculo com a família e a comunidade (SES, 2001).

Incorporar a saúde bucal no PSF não é somente incluir o Cirurgião-Dentista à equipe mínima constituída por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Significa articular o trabalho desses profissionais a uma equipe de saúde bucal. Esta, por sua vez, comandada pelo dentista, deve estar vinculada funcional e tecnicamente a uma certa Unidade de Saúde da Família, que opere tendo como referência o mesmo território e sua população.

Uma ESB completa é formada por um Cirurgião-Dentista (CD), um Atendente de Consultório Dentário (ACD) e um Técnico em Higiene Dental (THD). Essa equipe corresponde a uma das duas modalidades de adesão ao programa. Outra opção seria a equipe constituída por um CD e um ACD. De qualquer forma, todos os profissionais da ESB também devem cumprir uma jornada de trabalho de 40 horas por semana; caso contrário o envolvimento dos profissionais com a equipe e principalmente com a comunidade torna-se muito prejudicado, dificultando assim os objetivos propostos de mudança de modelo e perpetuando o caráter curativista até então predominante.

Assim dimensionada, a ESB estará em condições de apoiar o trabalho de duas equipes do PSF, cobrindo as necessidades integrais de 500 a 1500 famílias, o que corresponde entre 2.000 e 6.000 pessoas. O número de famílias sob responsabilidade de uma ESB será definido segundo a densidade demográfica da área, o perfil epidemiológico bucal e a relevância dos fatores de risco (SES, 2000).

A relação de 01 ESB para 02 ESF (cobertura de aproximadamente 6900 pessoas) indubitavelmente não é a ideal. O melhor seria a relação de 01 para 01. No entanto, é necessário ressaltar sempre que é uma relação para fins de incentivo financeiro, podendo os sistemas de saúde ir além dela, como já vem acontecendo em alguns serviços (SES, 2001).

Como deve ser a atuação da ESB numa ESF?

Ao ser implantada, a ESB passa a fazer parte de toda a família de profissionais que compõem a USF, devendo:

- participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território adstrito;
- identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal;

- estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano municipal de saúde;
- sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;
- realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento da USF;
- desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

2.3.3.1. Principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pela ESB de acordo com a NOAS 2001

- *Ações de Saúde da Criança*

Responsabilidade: assistência e prevenção às patologias bucais na infância.

Atividades: realização de ações de prevenção e cura das patologias bucais, buscando o restabelecimento das funções da boca, com foco no desenvolvimento neurolingüístico e no processo de socialização da criança; garantia de acesso à referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário (fonoaudiologia, ortodontia preventiva, etc.), de forma programada e negociada com mecanismos de regulação.

- *Ações de Saúde da Mulher*

Responsabilidade: prevenção dos problemas odontológicos em gestantes.

Atividades: levantamentos de atividade de doenças bucais, especialmente cárie e doença periodontal; evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada e bochechos com flúor; educação em saúde bucal evidenciando o fundamental papel familiar da mulher quanto às questões gerais

de saúde; estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; educação em saúde bucal quanto aos hábitos bucais nocivos (chupetas, sucção de dedo, etc.); educação em saúde bucal quanto à prevenção da “cárie de mamadeira”.

- Controle da Hipertensão

Responsabilidade: atendimento à saúde bucal.

Atividades: ações para diagnóstico, reabilitação e controle das patologias bucais, visando à prevenção dos quadros de agravamento e complicações decorrentes da hipertensão.

- Controle do Diabetes Mellitus

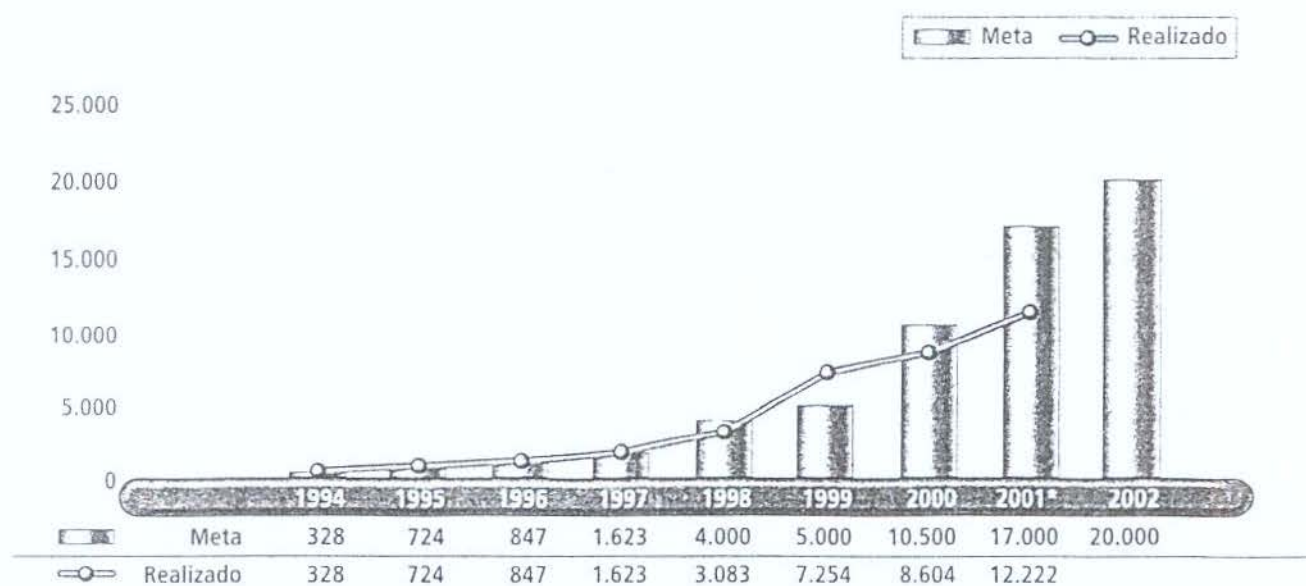
Responsabilidade: medidas preventivas e de promoção de saúde.

Atividades: ações educativas e de controle das patologias bucais buscando proporcionar condições para o autocuidado (MS, 2001).

2.4. DISCUSSÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) já é realidade em muitos municípios brasileiros. As equipes de saúde da família (num total de 12.222 equipes distribuídas em 4.534 municípios) têm apresentado um grande potencial para alavancar ações com outros setores, no propósito de enfrentamento dos problemas identificados na sua população, na área de sua responsabilidade. Têm gerado também espaços para a participação ativa da população no processo de organização dos serviços e na definição das prioridades de trabalho das unidades básicas. O gráfico abaixo informa o aumento do número de equipes de Saúde da Família no país entre 1994 e 2001.

Gráfico 1. Evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil entre 1994 e 2001.



Fontes: até julho/01 - CAPSI - Sistema de Captação de Dados para Pagamento; a partir de agosto/01 - SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

Mesmo tendo uma sustentabilidade importante para sua manutenção enquanto política de reorganização do modelo assistencial no Brasil, o programa apresenta muitos desafios (SOUZA, 2000).

Vários críticos têm questionado a inserção do PSF na organização do sistema, sob alegação de que a mesma está se dando de forma um pouco paralela e vertical. Caso exista a dualidade de modelo (PSF e o tradicional) num município, a tendência da organização do sistema é manter a maneira tradicional, regredindo então o programa (MÜLLER, 2000).

SOUZA (2000) afirma que “embora rotulado de programa, Saúde da Família foge da concepção usual dos programas verticais, porque possibilita a integração e promove a organização das atividades em um determinado território. Em razão desta característica, é preciso entender e conduzir Saúde da Família como uma estratégia, um projeto estruturante dos sistemas locais de saúde, o que vem sendo demonstrado na prática”.

O PSF vem se expandindo de maneira focalizada, a medida em que são selecionadas, para sua implantação, áreas e populações de risco, que podem até corresponder a 80% da população de um município. Essa experiência de focalização dentro do universalismo evidencia que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização; os dois conceitos não precisam ser excludentes. A formulação do programa foi fruto, inclusive, do sucesso de

práticas anteriores que se constituíram instrumentos de reorganização e reestruturação do próprio sistema de saúde.

Pode-se afirmar que o programa foi, em primeiro lugar, uma alavanca para a organização dos sistemas de saúde ao impor uma série de pré-requisitos para a assinatura dos convênios (funcionamento do fundo e do conselho municipal de saúde); em segundo, funcionou como mecanismo de pressão ao processo de descentralização, através da exigência de enquadramento na NOB 93 para o recebimento de recursos (VIANA & DAL POZ, 2001). Além disso, no campo do financiamento, houve um processo de mudança importante sobre a lógica de pagamento, com papel fundamental para a geração da NOB 96, evoluindo para a questão do PAB (Piso de Atenção Básica) e para a criação de incentivos (VIANA & DAL POZ, 2001; SOUZA, 2000). Atualmente, fixou-se o valor de R\$ 28.000,00/ano para cada Equipe de Saúde da Família que, embora não seja o ideal, somado aos recursos municipal ou estadual deve contribuir para a prática reorientadora do modelo de assistência (SOUZA, 2000).

Através deste incentivo, espera-se uma rápida expansão do programa e a definição da porta de entrada pelo PSF no sistema municipal de saúde.

O programa deve ser entendido como modelo complementar da rede básica tradicional, de cobertura universal, porém, assumindo o desafio do princípio da equidade, reconhecido como uma prática que requer alta

complexidade tecnológica nos campos de conhecimento e desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes (10º OFICINA DE CAPACITAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2001).

Outro desafio enfrentado pelo programa diz respeito à formação de recursos humanos. A formação da área médica é centrada no modelo liberal tradicional e especializado (REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000). Como o sistema formador não está orientado para formar médicos generalistas, há dificuldade na contratação dos profissionais e, conseqüentemente, na expansão do programa.

Parte significativa dos profissionais de saúde decorrem de uma formação de recursos humanos dissociada das necessidades epidemiológicas e dos serviços (BURICHEL, 2001).

De acordo com uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde em 2000, quanto ao perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil, verificou-se que, entre os médicos atuantes no programa, somente 14,39% tinham formação em medicina geral e comunitária. Com relação aos enfermeiros, 21,93% eram formados em saúde pública (MS, 2000).

Quanto à área odontológica, problema semelhante é observado. Segundo o Jornal da APCD de fevereiro de 2002, o principal entrave para a

inserção dos dentistas no Programa de Saúde da Família é a ausência de profissionais com formação em saúde coletiva.

De acordo com ZANETTI (2001), “o difícil é incorporar os profissionais da equipe clínica odontológica num entendimento mais amplo de compromisso comunitário, de trabalho em Saúde da Família, em Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar, em Promoção da Saúde e, fundamentalmente, em rede de serviços para assistência, de acordo com os princípios do SUS (ser universal, equânime, integral hierarquizado regionalizado, com controle social, etc.)”.

O conhecimento tecnológico sobre o Programa de Saúde da Família foi baseado pelo Ministério da Saúde no modelo de Saúde Cubano. Entretanto, naquele país, o problema referente à formação e atuação dos recursos humanos já foi superado, pois o sistema de ensino está completamente vinculado e subordinado ao Ministério da Educação. Essa opção de Cuba permite que as necessidades epidemiológicas e de serviço possam ser cumpridas (BURICHEL, 2001).

Algumas decisões foram tomadas para capacitar os recursos humanos do PSF. Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família são financiados pelo projeto REFORSUS e têm uma missão importante no sentido de trabalhar com os profissionais que já estão no mercado

de trabalho, dando-lhes um preparo introdutório e integrando-os à filosofia do programa, além de oferecerem a oportunidade, de fato, de fazer a reorientação do modelo.

SOUZA (2000) discute a necessidade de mudança no próprio processo de formação dos profissionais de saúde a nível de graduação e pós-graduação, a fim de que os mesmos se formem com o perfil adequado, voltado ao campo da saúde coletiva.

Frente a esta dificuldade em relação aos recursos humanos, o Ministério da Saúde resolveu investir na questão e assinou, em janeiro de 2002, convênio com diversas universidades e entidades educacionais para a realização de cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família. Este grupo de contratos inclui 19 cursos de residência em 19 instituições diferentes e 29 cursos de especialização em 27 instituições de ensino, com um investimento total de R\$ 30,2 milhões de reais. As vagas são destinadas aos profissionais que já compõem as equipes do PSF, com prioridade para médicos e enfermeiros. Porém, outros profissionais de saúde com ensino superior que já fazem parte do programa podem se inscrever. O orçamento do PACS/PSF para 2001 foi de R\$ 970 milhões e a previsão para 2002 é de R\$ 1,3 bilhão.

Outro desafio refere-se à questão da “atenção integral aos indivíduos e às famílias” do programa. Argumenta-se em sentido contrário que, na prática, o

PSF tem ficado restrito apenas à atenção básica, não permitindo acesso a todos níveis de atenção e, de certa forma, desobrigando o Estado de arcar com as necessidades assistenciais em todos os níveis. Há no PSF um mal disfarçado “desvio preventivista” decorrente de excessiva ênfase nas ações preventivas e educativas em detrimento aos serviços assistenciais, tendo baixo impacto resolutivo (NARVAI, 2001).

Para FRANCO & MERHY (2001) o PSF tem seu trabalho quase que restritivamente centrado no território, inspirando-se em cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente. Desta forma, ao resumir sua ação à vigilância à saúde, com tímida incursão na clínica, não tem potência transformadora para reverter a configuração do Modelo Médico Hegemônico. É como se o PSF estivesse delimitando a atuação entre ele e a corporação médica: “da saúde coletiva, cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica”.

Por outro lado, médicos e enfermeiros atuantes no PSF entrevistados em um estudo qualitativo desenvolvido por PEDROSA & TELES (2001) exigiram respeito ético e profissional por parte dos “outros médicos” da medicina curativa, atribuindo, como especificidade de seu campo de trabalho, práticas preventivas e de educação em saúde.

Vale neste momento ressaltar a importância da prevenção e da educação em saúde principalmente em comunidades carentes, nas quais a falta de cultura e de informações contribuem ainda mais para o surgimento e/ou agravamento dos problemas. Há necessidade de se construir uma base sólida de educação em saúde nestas áreas (inclui-se aqui uma atenção especial à saúde bucal, tendo-se em vista o grande desconhecimento da mesma por parte das pessoas mais humildes). É evidente que a prioridade para as atividades preventivas não pode causar prejuízos aos serviços assistenciais. Assim, o PSF vai aliar seu caráter preventivo ao resolutivo, procurando resolver os casos possíveis em cada USF, encaminhando então os de real necessidade. Para isto, faz-se necessário o estabelecimento de um adequado mecanismo de referência e contra-referência para uma efetiva garantia de acesso da população à saúde, ao integrar (e não competir) o PSF com a rede municipal/estadual de saúde.

De acordo com ZANETTI (2000), pôde-se perceber a enorme vantagem dos programas de família quanto à atenção promocional e preventiva em saúde, pois promoção e prevenção dependem fundamentalmente do aumento da qualidade e da regularidade da ação. Se para alguns planejadores a estratégia da saúde da família representou algum risco de focalização da atenção, para a saúde bucal significou um grande potencial de universalização da atenção preventiva e promocional. Isto porque junto à fluoretação das águas, os programas de Saúde Bucal da Família possibilitaram universalizar a cobertura

assistencial, estendendo os Procedimentos Coletivos até mesmo às populações desprovidas de acesso aos equipamentos coletivos de abastecimento ou excluída dos coletivos tradicionalmente assistidos.

Os programas de Saúde Bucal da Família apontam para a possibilidade de organizar universalmente a atenção. A universalidade é alcançada com a atenção preventivo-promocional realizada com ações capazes de manter e, principalmente elevar os padrões de saúde bucal, já que as tarefas são realizadas de forma a rotinizar ações que buscam instituir e enraizar noções de autocuidado, mudando, conseqüentemente hábitos e realidades pouco saudáveis.

Assim, o surgimento da Saúde Bucal da Família completou a “carteira de soluções gerenciais” para a universalização da atenção preventiva e promocional e consolidou o conceito de vigilância à saúde bucal no SUS por cobrir e expor regularmente toda a população (inclusive a saudável); além disso, se identificou com os paradigmas da promoção da saúde e das políticas saudáveis ao realizar ações capazes de transcendência social e setorial, potencializadas por parcerias.

No entanto, a implementação da atenção preventivo-promocional no espaço da família, ainda que bastante benéfica e desejável, não é de todo suficiente para promover mudanças substantivas no modelo assistencial.

O esforço de articular a frente preventivo-promocional a uma retaguarda curativa representa um grande desafio para a universalização da atenção integral em saúde bucal. Para isso, é necessário um amplo processo de revisão do modelo de atenção tradicional em saúde bucal, como o aumento da oferta de serviços e da cobertura assistencial e a instituição de novas rotinas, modificando as existentes em toda rede de serviços e tornando-as mais orgânicas aos fundamentos do SUS.

Desta forma, para oferecer Saúde Bucal da Família no PSF, os recursos devem ser mobilizados segundo modelos de atenção integral amparados por modelos de programação capazes de realizar os princípios fundamentais do SUS, como:

1. humanização e democratização da prática assistencial pública;
2. mobilização de recursos mais apropriados às estratégias de mudança das estruturas epidemiológica, assistencial, gerencial e política, na multiplicidade de contextos apresentada pelos municípios brasileiros;
3. instituição de uma sólida e conseqüente retaguarda curativa, territorializada, regionalizada e hierarquizada, com rotinas de referência e

contra-referência implantadas junto a todas as unidades do PSF e com as demais unidades da rede.

Com isso, a Saúde Bucal da Família aumenta as possibilidades de universalização da retaguarda curativa e permite optar por estratégias, principalmente por cobrir os adultos, faixa menos assistida nos programas. Compor a melhor estratégia para o avanço e realização da saúde bucal no PSF e em todo o SUS, segundo seus princípios, tornou-se um exercício saudável e necessário de conquistas, no qual o planejamento, a programação e a gerência são considerados racionalidades imprescindíveis.

Para CAPISTRANO FILHO (2000), a inclusão do cirurgião-dentista e auxiliares no PSF vem redimensionar a possibilidade de se construir uma nova odontologia. Nova no sentido de maior possibilidade de atuação no campo da promoção, educação e da prevenção, permitindo mais conhecimento a um povo que ostenta o nada honroso título de *país dos desdentados*. Nova também no sentido de superar o caráter ainda profundamente individual da prática de consultório, onde o dentista faz tudo, sem agregar auxiliares ao seu trabalho. Assim, há a possibilidade do dentista aplicar no âmbito da saúde bucal os princípios da divisão do trabalho e da delegação de funções, ao atribuir aos auxiliares programas preventivos, supervisionando-os e fortalecendo o trabalho em equipe, através de uma ação multiprofissional.

Quanto à gestão do PSF, um problema apresentado na sua organização refere-se ao alto grau de normatividade imposto pelo Ministério da Saúde na sua implementação. Tais normas deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena, caso não as sigam, de não terem o financiamento das equipes de PSF. Desta forma, o Ministério aborta a construção de modelos alternativos, engessando o próprio Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo território nacional (FRANCO & MERHY, 2001).

Assim, vários críticos têm identificado no PSF uma forma de recentralização, em Brasília, das decisões sobre saúde com a respectiva “formatação” de um modelo único de atenção para todo país, contrariando o princípio constitucional da descentralização do SUS, fundamentado no reconhecimento das diferentes realidades locais brasileiras (NARVAI, 2001).

Nesse sentido, a própria estrutura do Ministério da Saúde, extremamente centralizadora, dificulta, em muitos momentos, o acompanhamento e melhor monitoramento do programa bem como sua expansão, por não possuir uma estrutura flexível, ser lenta do ponto de vista das decisões e não estabelecer facilmente pactos de cooperação (VIANA & DAL POZ, 2001).

Por outro lado, o atual Ministro da Saúde, José Serra, argumenta que o Saúde da Família não é um projeto político de um gestor, nem mesmo de um governo. Os gestores conseqüentes devem pensar, não nas próximas eleições e sim nas próximas gerações. Um dos aspectos mais importantes na estratégia do programa, que aponta para o êxito de sua aplicação, são as parcerias que vêm sendo firmadas entre os gestores dos diversos níveis do setor – federal, estadual e municipal. Ela vem sendo uma prioridade política de todos esses atores e, com isso, na prática, tem-se a aplicação de recursos de todos os níveis, incluindo parceiros privados e organizações não-governamentais. (REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000).

Cabe à iniciativa municipal, acompanhada do respectivo conselho de saúde articular-se intersetorialmente ao gestor estadual para juntos fortalecerem-se e reivindicarem ao gestor federal maior capacidade de gestão no processo de descentralização e municipalização.

Uma outra questão é a incorporação tecnológica no modelo. Saúde da Família se diferencia de outros modelos do sistema por exigir um maior grau de conhecimento dos membros da equipe. O profissional tem que incorporar conhecimentos de psicologia, ciências sociais, planejamento e epidemiologia. Vai descobrir mais problemas e, para poder controlar a demanda, vai precisar ter

uma boa articulação com a referência, a fim de não se desmoralizar ou se deslegitimar diante da população. (MÜLLER, 2000).

O mesmo raciocínio aplica-se à saúde bucal. O trabalho dos agentes comunitários nos domicílios retirará a tampa de uma panela de pressão que cozinha secularmente as populações em fogo brando, ocorrendo uma explosão de demanda reprimida. A inclusão da Saúde Bucal no PSF e sua expansão em toda a rede básica merece a instituição de metas, inclusive na Agenda de Prioridades e Metas Nacionais, Estaduais e Municipais – pactuada em dezembro de 2000 – a qual ainda não inclui indicadores de saúde bucal, evitando-se, desta forma, uma expansão não sustentável da oferta de serviços bem como retrocessos e a necessidade de correção de rumos, gerando desgastes e descréditos. Com cuidados de planejamento e programação se garantirá um processo sustentável de aceleração de novas inclusões de ESB nas ESF (ZANETTI, 2001).

Existem ainda desafios importantes para a consolidação da proposta de Saúde da Família. No entanto, o PSF surgiu não para resolver todos os problemas, mas com o intuito de tratar com desigualdade os desiguais, dando mais atenção a quem realmente precisa, praticando desta forma a promoção, prevenção e preservação da saúde.

3. CONCLUSÃO

Ao democratizar o acesso aos serviços odontológicos por meio do aumento da oferta de serviços e da ampla participação da comunidade e ao apoiar a formação de recursos humanos de nível superior, técnico e auxiliar compatíveis com o quadro epidemiológico e com a situação sócio-econômica vigente no país, o Programa de Saúde da Família (PSF) mostra-se em concordância com os objetivos da Política Nacional de Saúde Bucal.

Ao incentivar a atuação do Cirurgião-Dentista em equipe, permitindo uma ação multiprofissional, o PSF engaja-se à proposta da Política Estadual de Saúde Bucal, visto o caráter excludente, de alto custo, baixo impacto social e baixa resolutividade que o dentista apresenta como agente exclusivo do processo de trabalho.

Como a luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à melhoria dos fatores sociais determinantes de uma qualidade de vida mais satisfatória, daí a importância e necessidade de atuação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal em levar conhecimento aos carentes sobretudo de informação, realizando com eles um trabalho baseado em educação para saúde e, conseqüentemente, em prevenção. Com isto, não se pretende enfatizar mais o caráter preventivo em detrimento aos serviços assistenciais; apenas conciliar ambos para um melhor desempenho do programa.

A busca ativa dos problemas de uma comunidade propiciada pela Equipe de Saúde da Família e de Saúde Bucal, se por um lado representa o aumento em número destes problemas, por outro encaminha-os com mais garantia de referência e menos desperdício, ampliando o acesso de todos aos benefícios tecnológicos.

Apesar dos muitos desafios enfrentados, o programa tem alcançado inegáveis avanços quanto aos direitos sociais e o resgate da cidadania. Desde que bem planejado, executado e avaliado, o Programa de Saúde da Família pode ser uma das estratégias para se conseguir a desejada universalização da atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros** - Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Disponível em : <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal** - Portaria nº 267 de 06 de março de 2001. Disponível em : <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2000. 65 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2001. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Política nacional de saúde bucal: princípios, objetivos, prioridades**. Brasília, 1989. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal>>. Acesso em: 05 fev. 2002. Documento em processo de reformulação.

* Baseada na NBR- 6023 de ago. de 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família.** Caderno 1: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, 2000. 44 p.

BURICHEL, M. L. Saúde da família: um modelo de promoção da saúde para o SUS. *In: CONGRESSO PERNAMBUCANO DE ODONTOLOGIA DO SERTÃO*, 2., 2000, Recife. **Resumo do seminário sobre o tema ...** Recife: CRO/PE, 2000. p. 9-18.

CAPISTRANO FILHO, D. O Cirurgião Dentista no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 8, jul./dez. 2000.

CDs reivindicam participação no Programa Saúde da Família. **Jornal da APCD**, São Paulo, fev. 2002, ano 36, n. 538, p. 59.

DIR XV – PIRACICABA. **10ª Oficina de Capacitação: curso introdutório – Programa de Saúde da Família.** Piracicaba, 2001. Apostila.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. *In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, 6., 1999, Águas de Lindóia. **Anais ...** São Paulo: APSP, 2000. v. 2, p. 145-153.

MÜLLER, J. Vínculo e proximidade afetiva com a população. *In: SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA*, 1., 1999, Brasília. **Relatório Final ...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 27-31.

NARVAI, P.C. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? **Jornal do site odontol**, São Paulo, ano 2, n. 36, abr. 2001. Disponível em : <<http://www.jornaldosite.com.br/materias/artcapel.htm>>. Acesso em: 02 maio 2001.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 out. 2001.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. 541 p.

PROGRAMA Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, jun. 2000, p. 316-319. Informes técnicos institucionais.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **A equipe de saúde bucal no PSF – carga horária do Cirurgião-Dentista.** São Paulo, 2001, 8 p.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde:** uma proposta para o SUS/SP. São Paulo, 2000. 7 p. Documento 2.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **A organização das ações de saúde bucal na atenção básica:** uma proposta para o SUS São Paulo. São Paulo, 2001. 39 p.

SAÚDE DA FAMÍLIA. PSF. **Perfil do PSF no Brasil.** Disponível em: <<http://www.saudedafamilia/hpg.ig.com.br>>. Acesso em: 13 mar. 2002.

SERRA, J. A diversidade é a maior riqueza. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 1, n. 3, p. 5-6, dez. 2000. Entrevista concedida a Revista.

SILVA, S.R. Novos avanços em saúde bucal coletiva. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 429-440, nov./dez. 2000.

SOUZA, H.M. O Programa de Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 1999, Brasília. **Relatório Final ...** 2000, Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 24-26.

SULIANO, A.A. Programa Saúde da Família: uma proposta benéfica à saúde bucal brasileira. **Medicina Social de Grupo**, Florianópolis, ano 15, n. 172, p. 8, mar./abr. 2001.

TOLEDO, J.P.G. et al. (Coord.). **Diretrizes para a política de saúde bucal do Estado de São Paulo.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1995. 16 p.

VIANA, A.L.A.; DAL POZ, M.R. **PSF: um instrumento da reforma do SUS?** Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em : 10 out. 2001.

ZANETTI, C.H.G. **Saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF): proposição e programação.** Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em: 10 out. 2001.

ZANETTI, C.H.G. **Opinião:** a inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em: 10 out. 2001.

ANEXOS

ANEXO 01

REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

PORTARIA DE INCENTIVOS FINANCEIROS

PORTARIA N.º 1.444, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2.000

Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, pg. 85

Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando

o Programa de Saúde da Família uma importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde; a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população; a necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família, resolve:

Art. 1º Criar o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

Art. 2º Definir que o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Art. 3º Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores:

Modalidade I – Um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário – R\$ 13.000,00 (treze mil reais)

Modalidade II – Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental – R\$ 16.000,00 (dezesseis mil reais)

Parágrafo único. Os recursos financeiros mencionados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.

Art. 4º Estabelecer a seguinte relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família:

I – Cada equipe de saúde bucal deverá atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;

II – Para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família;

III – Para os municípios com menos de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, poderá ser implantada uma equipe de saúde bucal com uma ou duas equipes de saúde da família implantadas.
Parágrafo único. Os municípios estabelecerão as formas de inserção das equipes e das ações de saúde bucal junto ao Programa de Saúde da Família considerando a atual capacidade instalada de equipamentos de odontologia e as modalidades inovadoras de reorganização da atenção à saúde bucal.

Art. 5º Estabelecer o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

§ 1º O incentivo adicional de que trata este Artigo será pago em parcela única, logo após a

implantação da equipe de saúde bucal.

§ 2º Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo adicional, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados ao Fundo Estadual ou Municipal de Saúde.

Art. 6º A qualificação dos municípios ao incentivo de saúde bucal deverá ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, que remeterá mensalmente, à Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, a Resolução contendo a relação dos municípios qualificados, com a discriminação da quantidade de equipes e sua composição.

Art. 7º O banco de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB deverá ser alimentado mensalmente com as informações das ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal e fornecerá os dados necessários para o cálculo do incentivo de saúde bucal.

Art. 8º Os pagamentos decorrentes do disposto nesta Portaria serão autorizados em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva e Secretaria de Políticas de Saúde.

Art. 9º Os recursos orçamentários de que trata a presente portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho – 10.301.0001.0589 – Incentivo Financeiro a Municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica – PAB, para a Saúde da Família.

Art. 10º A Secretaria de Políticas de Saúde editará normas para a regulamentação da presente portaria.

Art. 11º Esta portaria entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2001.

JOSÉ SERRA
(Of. El. N.º 601/2000)

ATSEMS

ANEXO 02

REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

PORTARIA DE NORMAS E DIRETRIZES DA SAÚDE BUCAL

PORTARIA N.º 267, DE 06 DE MARÇO DE 2001

Publicada no Diário Oficial da União de 07 de Março de 2001, Seção 1, página 67

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de:

- regulamentação da Portaria n.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF);
- ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados;
- melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população;
- inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção básica, **resolve**:

Art. 1º - Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).

Parágrafo único. As normas e diretrizes de que tratam este Artigo integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, constante do ANEXO 1, que integra esta Portaria.

Art. 2º - Explicitar, no ANEXO 2 desta Portaria, o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Art. 3º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

PLANO DE REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A) INTRODUÇÃO

A universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social são princípios e diretrizes constitucionais e legais de funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS – que, para o seu cumprimento, requerem a reordenação das práticas sanitárias e, por via de consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente.

O Programa de Saúde da Família – PSF – do Ministério da Saúde envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita, por conseguinte, o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção neste contexto, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família.

B) OBJETIVOS

O presente Plano tem por objetivos:

- melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família;
- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

C) BASES PARA REORIENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- I. caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- II. adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- III. integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- IV. articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
- V. definição da família como núcleo central de abordagem;
- VI. humanização do atendimento;
- VII. abordagem multiprofissional;
- VIII. estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- IX. educação permanente dos profissionais;
- X. acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

D) ESTRATÉGIAS PARA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PSF

1. A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família dar-se-á por meio de duas modalidades:

1.1. modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e

1.2. modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD).

2. A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais.

3. A relação de equipe de saúde bucal – ESB – por equipe de saúde da família basear-se-á nos seguintes parâmetros:

3.1. cada ESB deverá atender, em média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;

3.2. nos municípios com população inferior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para uma ou duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação; e

3.3. nos municípios com população superior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para cada duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação.

4. a adequação de espaços para a estruturação dos serviços odontológicos levará em conta as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que atendam os critérios de referência territorial e a facilidade do acesso da população;

5. as equipes de saúde da família deverão executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de saúde bucal em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados;

6. as ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS;

7. os profissionais de saúde bucal e demais membros das equipes de saúde da família deverão ter responsabilidade sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde;

8. as ações de promoção e de prevenção no âmbito da saúde bucal serão planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar;

9. o registro das atividades de saúde bucal deverá ser feito no Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab –, para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes;

10. o processo de qualificação dos municípios ao incentivo financeiro para as ações de saúde bucal será objeto de regulamentação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

E) ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL

ATRIBUIÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PSF

I. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.

II. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.

III. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.

IV. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.

V. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.

VI. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.

VII. Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.

VIII. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA (CD)

- I. Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade.
- II. Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).
- III. Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita.
- IV. Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.
- V. Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.
- VI. Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.
- VII. Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.
- VIII. Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.
- IX. Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais.
- X. Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal.
- XI. Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas.
- XII. Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.
- XIII. Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal.
- XIV. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)

- I. Realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento.
- II. Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista.
- III. Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos).
- IV. Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.
- V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.
- VI. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
- VII. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos de sua competência realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)

- I. Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados.
- II. Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD.
- III. Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais

necessários para o trabalho).

- IV. Instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos.
- V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.
- VI. Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento.
- VII. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
- VIII. Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidência de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.
- IX. Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

- I. Desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação.
- II. Identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.
- III. Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

F) RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

- I. Regulamentar e repassar os incentivos financeiros para os Fundos Municipais ou Estaduais de Saúde, segundo as modalidades de inclusão das ações de saúde bucal no PSF.
- II. Estabelecer normas e diretrizes para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.
- III. Prestar assessoria técnica aos estados e municípios relativa ao processo de implantação e de gerenciamento da saúde bucal no PSF.
- IV. Estabelecer parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde com vistas ao incremento dos processos de capacitação da equipe e de formação de pessoal auxiliar em saúde bucal.
- V. Elaborar e editar material didático para a capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.
- VI. Tornar disponível o Siab como instrumento para monitorar as ações de saúde bucal desenvolvidas no PSF.
- VII. Consolidar, analisar e divulgar os dados relacionados à saúde bucal de interesse nacional gerados pelo sistema de informação, divulgando resultados obtidos.
- VIII. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal no PSF.

SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (SES)

- I. Garantir a inclusão das ações de saúde bucal no Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS.
- II. Contribuir para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.
- III. Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, planejamento, monitoramento e gerenciamento das ações de saúde bucal no PSF.
- IV. Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a capacitação técnica e a educação permanente específica em saúde da família para os profissionais de saúde bucal, por intermédio dos

Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente e ou de outras instituições de ensino, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

V. Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a formação de pessoal auxiliar em saúde bucal – THD e ACD – para atuar nas equipes de saúde da família, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras, em articulação com as SMS.

VI. Contribuir na produção e disponibilidade de material didático para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

VII. Assessorar os municípios na implantação do Siab.

VIII. Consolidar e analisar os dados relativos à saúde bucal de interesse estadual e alimentar o banco de dados nacional.

IX. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal do PSF no âmbito do estado.

X. Promover intercâmbio de informações relacionadas às experiências em saúde bucal no PSF entre os municípios.

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SMS)

I. Definir a estratégia de inclusão das ações de saúde bucal nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família.

II. Garantir a infra-estrutura e os equipamentos necessários para a resolubilidade das ações de saúde bucal no PSF.

III. Assegurar o vínculo dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família, em regime de 40 horas semanais, por intermédio de contratação específica e ou adequação dos profissionais já existentes na rede de serviços de saúde.

IV. Considerar o diagnóstico epidemiológico de saúde bucal para a definição das prioridades de intervenção no âmbito da atenção básica e dos demais níveis de complexidade do sistema.

V. Definir fluxo de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, considerando o Plano Diretor de Regionalização do SUS.

VI. Proporcionar, em parceria com a SES, a capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal das equipes por intermédio dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente, das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições de ensino.

VII. Proporcionar, em parceria com a SES, a formação de pessoal auxiliar – THD e ACD –, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras.

VIII. Tomar disponíveis materiais didáticos para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

IX. Alimentar a base de dados do Siab, de acordo com as Portarias que o regulamentam.

X. Utilizar os dados do Siab para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde bucal no âmbito do PSF.

G) FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL NO PSF

A transferência de recursos federais aos estados e municípios, que compõem o financiamento tripartite das ações de saúde bucal na atenção básica, vem se efetivando por meio do Piso de Atenção Básica. A indução do processo de reorganização das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica – prestada por intermédio do PSF – estará baseada no incentivo financeiro específico criado para tal (Portaria n.º 1444, de 28 de dezembro de 2000).

Os municípios que se qualificarem a essas ações receberão incentivo financeiro anual, por equipe

implantada, transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos), de acordo com a modalidade de inclusão.

Será transferido um incentivo adicional, em parcela única, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Para fins de orientação dessa aquisição, é apresentada, a seguir, a relação mínima de equipamentos odontológicos e instrumentais. No caso da existência desses equipamentos no local destinado ao atendimento, o incentivo adicional poderá ser utilizado para complementá-los ou ainda para a aquisição de outros equipamentos e ou instrumentais de uso odontológico que se façam necessários na atenção básica.

Equipamentos Odontológicos

- Aparelho Fotopolimerizador
- Cadeira odontológica
- Compressor
- Equipo odontológico
- Estufa ou autoclave
- Mocho
- Refletor
- Unidade auxiliar

Instrumentais Odontológicos

- Alveolôtomos
- Aplicador para cimento (duplo)
- Bandeja de aço
- Brunidor
- Cabo para bisturi
- Cabo para espelho
- Caixa inox com tampa
- Condensador Hollemback
- Cureta alveolar
- Elevadores (alavancas) para raiz
- Esculpidor Hollemback
- Espátula
- Espelho odontológico
- Fórceps infantis e adultos
- Lima óssea
- Pinça Halstead (mosquito) curva e reta
- Pinça para algodão
- Porta agulha
- Porta amálgama
- Porta matriz
- Seringa Carpule

- Sindesmótomo
- Sonda exploradora
- Sonda periodontal milimetrada
- Tesoura cirúrgica reta e curva
- Tesoura íris
- Tesoura standart

ANEXO II

ELENCO DE PROCEDIMENTOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Os procedimentos odontológicos, a seguir relacionados, referem-se àqueles constantes da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

- Procedimentos Coletivos (PC)
- Consulta odontológica – 1ª consulta;
- Aplicação Terapêutica Intensiva com Flúor – por sessão;
- Aplicação de carióstático (por dente);
- Aplicação de selante (por dente);
- Controle de placa bacteriana;
- Escariação (por dente);
- Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada);
- Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada);
- Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;
- Restauração a pino;
- Restauração com amálgama de duas ou mais faces;
- Restauração com amálgama de uma face;
- Restauração com compósito de duas ou mais faces;
- Restauração com compósito de uma face;
- Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal;
- Restauração com silicato de duas ou mais faces;
- Restauração com silicato de uma face;
- Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces;
- Restauração fotopolimerizável de uma face;
- Restauração com ionômero de vidro de uma face;
- Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces;
- Exodontia de dente decíduo;

- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência;
- Ulotomia;
- Ulectomia;
- Glossorrafia;
- Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente;

ATSEMS
