

## O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso

Oral health care after the National Policy on Oral Health  
– “Smiling Brazil”: a case study

Aline Guerra Aquilante <sup>1</sup>  
Geovani Gurgel Aciole <sup>1</sup>

**Abstract** *In 2004, the National Oral Health Policy (PNSB) – Smiling Brazil was launched. Its guidelines seek to qualify Primary Health Care, ensure comprehensive actions, work on the basis of health surveillance, plan actions in accordance with the epidemiology and information available on the territory, financing and scheduling the research agenda so that the work can be based on scientific evidence. The purpose of this case study was to investigate the perspectives of health care professionals and managers on oral health care after launching the PNSB. For the gathering of information, an oral interview was conducted with health care professionals and managers and direct observation of oral health services. The interpretation of meaning method was used for analysis of the interviews. Approximately 10 years after launching the PNSB, even though the care and the oral health actions have been amplified and qualified, the cities still find it difficult to implement their basic premises.*

**Key words** *Oral health, Health policy, Research into health services, Evaluation of health projects and programs*

**Resumo** *Em 2004 foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Suas diretrizes visam a qualificação da Atenção Primária em Saúde, a integralidade das ações, o trabalho com base na vigilância em saúde, o planejamento das ações de acordo com a epidemiologia e as informações do território, o financiamento e a elaboração de agenda de pesquisa para que se atue com base em evidências científicas. O objetivo deste estudo de caso foi investigar as perspectivas de gestores e profissionais de saúde bucal dos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III) acerca do cuidado em saúde bucal após o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Para a coleta de informações foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais de saúde bucal e observação dos serviços. Para a análise do material utilizou-se o método de interpretação dos sentidos. Cerca de 10 anos após o lançamento da PNSB, embora o cuidado e as ações de saúde bucal tenham sido ampliados e venham sendo qualificados, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, os municípios ainda encontram dificuldades para implementar seus pressupostos.*

**Palavras-chave** *Saúde bucal, Política de saúde, Pesquisa sobre serviços de saúde, Avaliação de programas e projetos de saúde*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. R. Botucatu 740/4º andar, Vila Clementino. 04023-900 São Paulo SP Brasil. aline@ufscar.br

## Introdução

O cuidado em saúde bucal nos serviços públicos brasileiros, centrado no atendimento curativo/mutilador<sup>1</sup>, foi modelado pelo Sistema Incremental, importado dos EUA pela Fundação SESP nos anos 50, que focaliza o tratamento das necessidades de uma população definida até o completo tratamento. No Brasil, priorizou-se atendimento clínico e aplicação de flúor a escolares até 14 anos, grupo mais vulnerável e sensível às intervenções de saúde pública e de fácil abordagem pela concentração no ambiente escolar<sup>2-6</sup>; enquanto ofertava a adultos e idosos procedimentos odontológicos de urgência.

Com o SUS busca-se romper este modelo *sespiano*. No entanto, apenas experiências isoladas conseguiram ampliar o acesso, desenvolver ações de promoção e prevenção e ofertar atividades curativas mais complexas<sup>1,2,7</sup>. A Saúde Bucal contemplaria princípios como universalização e integralidade, em 2004, quando foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”, que propõe reorientar a assistência pela promoção de saúde como eixo do cuidado; universalizar acesso a serviços pela inserção transversal da saúde bucal nas linhas de cuidado; e contemplar todos os níveis de atenção (integralidade) ao instalar os CEO (Centros de Especialidades Odontológicas) e os LRPD (Laboratórios Regionais de Prótese Dentária). O cuidado em saúde bucal no serviço público deixa de ser restrito à atenção básica para escolares e gestantes<sup>4,8,9</sup>, pois a PNSB amplia o acesso a serviços, principalmente por meio da inserção de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e pela abertura dos CEO<sup>7,8,10-14</sup>.

Decorrida uma década, o desafio que persiste é construir cuidado em saúde bucal coerente com os princípios do SUS. Neste contexto, este estudo investiga as condições deste cuidado nos municípios de um Departamento Regional de Saúde de São Paulo (DRS III) após o lançamento da PNSB.

## Percurso metodológico

Optamos pelo estudo de caso: estratégia adequada para aprofundar o *como* e o *por quê* de alguma situação ou episódio de que o avaliador tem pouco controle, e evidenciar ligações entre intervenções e situações de vida real e do contexto em que uma intervenção ocorreu, demonstrando seu curso e como modificá-la<sup>15</sup>. É o caso da PNSB nos municípios estudados.

Para descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções dos sujeitos acerca da PNSB, avaliar sua compreensão de referências e estruturas relevantes, dada a tendência humana de formar opinião e atitudes nos coletivos dos quais faz parte, utilizamos a entrevista com roteiro semiestruturado<sup>16,17</sup>, complementada com a técnica do grupo focal<sup>15</sup>. Para construir subsídios elucidativos da organização cotidiana e das práticas dos serviços e ações, realizamos observação participante dos ambientes físico e relacional, importantes na caracterização do contexto em estudo<sup>15,16</sup>.

## Trabalho de campo

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e apresentado aos gestores municipais de saúde dos 24 municípios e à Diretoria do DRS III. Após análise quantitativa de um questionário enviado previamente aos Coordenadores de Saúde Bucal dos 24 municípios, por amostragem de conveniência<sup>15</sup> foram escolhidos os seis municípios que apresentaram melhores contextos de implementação da PNSB. Foram entrevistados gestores de Saúde Bucal do DRS (2); gestores Municipais de Saúde Bucal (9); Cirurgiões-dentistas (23); e Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal (23). Os grupos focais aconteceram em quatro municípios, tendo participado 28 profissionais de Saúde Bucal: 15 Cirurgiões-dentistas e 13 Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal. A observação participante foi realizada nos serviços onde aconteceram as entrevistas e os grupos focais.

## Análise das informações

O material coletado foi organizado conforme o modo de obtenção (entrevista, grupo focal e observação participante), depois de transcritas as entrevistas individuais e os grupos focais. Asseguramos o anonimato dos entrevistados mediante codificação alfanumérica, segundo profissão ou função: GE-Gestor Estadual; GM-Gestor Municipal; CD-Cirurgião-dentista; TSB-Técnico em Saúde Bucal; ASB-Auxiliar em Saúde Bucal; tipo de coleta de informação: E-Entrevista; GF-Grupo Focal; com número aleatoriamente atribuído ao entrevistado ou ao grupo focal; e nome fictício de município (Açaí, Banana, Figo, Jambo, Laranja e Manga).

A análise considerou os modos de coleta (entrevista, grupo focal e observação participante) e as etapas do *método de interpretação dos senti-*

dos<sup>18</sup>: descrição (preserva as informações dadas pelos sujeitos do estudo da maneira mais fiel possível), análise (identifica categorias explícitas e implícitas nas informações coletadas) e interpretação (estabelece sentidos das falas e das ações para compreensão ou explicação além dos limites do que é descrito e analisado). Foram analisadas, de maneira articulada, as informações obtidas por meio de entrevista, grupo focal e observação participante, visando buscar a compreensão aprofundada do processo de implementação da política, sendo utilizadas sete dimensões de análise para categorizar os resultados deste estudo: *integralidade do cuidado; interdisciplinaridade; integralidade do sistema de saúde; intersetorialidade; acolhimento, vínculo e responsabilização; humanização; e vigilância à saúde.*

## Resultados e discussão

### Integralidade do cuidado

A integralidade do cuidado, definida como a articulação de ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento nos âmbitos individual e coletivo<sup>19</sup>, implica em mudança paradigmática das práticas profissionais de saúde bucal, historicamente baseadas no atendimento clínico individual. A continuidade da centralização em práticas clínicas é justificada pela demanda reprimida na área de saúde bucal<sup>11,20,21</sup>.

*O grande avanço foi olhar a saúde de uma maneira totalmente diferente. Antes a gente olhava a doença, a gente só olhava a doença, e agora não, o modelo é completamente diferente, agora a gente olha a saúde.* (GM8\_Manga)

*A maioria das Unidades atende o paciente na urgência, não tem uma sequência de tratamento do paciente. O paciente não vem aqui para fazer a primeira consulta e é feito todo um acompanhamento, todo um tratamento e até uma preservação desse tratamento, até uma reavaliação de todo o tratamento que foi feito. Então eu acho que a parte ruim é a parte curativa, porque aqui a gente está focando muito a parte curativa e não a parte preventiva.* (CD9\_Laranja)

Situação semelhante foi descrita em outros estudos<sup>11,21-25</sup>, que identificaram os cirurgiões-dentistas (CD) restritos ao atendimento clínico ambulatorial básico (exodontias, evidenciação de placa, orientação da dieta, aplicação tópica de flúor, restaurações, orientação de higiene oral e procedimentos básicos de periodontia) e os Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) centrados em ativi-

dades convencionais (instrumentação do CD, desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais), sem priorização das ações coletivas (visitas domiciliares, ações de prevenção e promoção à saúde e realização de reuniões com a comunidade de abrangência). A realidade encontrada reforça a necessidade de profissionais com visão ampliada do processo saúde/doença e que equilibrem prevenção e cura, desempenhando ações como a participação na identificação dos problemas dos grupos populacionais do território sob responsabilidade do seu serviço de saúde, e a atuação em equipes multidisciplinares e intersetoriais<sup>26</sup>.

A mudança paradigmática pretendida não ocorre, contudo, somente pela implantação de equipes de saúde bucal. A reprodução do modelo biomédico também foi observada em Unidades de Saúde da Família (USF) do DRS III, indicando que a prática parece estar mais vinculada ao perfil de formação do profissional que ao tipo de serviço em que está inserido. Há características estruturantes da profissão odontológica que conferem particularidades à saúde bucal e dificultam sua prática no setor público, como a necessidade do uso de tecnologias duras (equipamentos)<sup>23</sup>. Esta dependência estrutural das tecnologias duras (equipamentos) condiciona resistências à mudança do modelo biomédico, fortemente respaldado pela formação universitária e pela indústria de equipamentos e insumos odontológicos e pelo imaginário social do CD como profissional liberal atuando em clínica privada. É preciso enfrentar o debate das práticas em saúde bucal na construção de um modelo de atenção ampliado<sup>27</sup>, e que a própria população, habituada a consumir procedimentos nos serviços de saúde, esteja amparada por políticas públicas saudáveis para valorizar a promoção da saúde<sup>28</sup>.

### Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade busca uma abordagem ampliada do processo saúde/doença por meio da interação entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento. O trabalho em equipe visa à obtenção de impacto sobre os fatores envolvidos no processo saúde/doença. Dada a complexidade do objeto da saúde, a interdisciplinaridade aparece como uma proposta de resgate da medida do humano na racionalidade técnico-científica<sup>29-32</sup>.

As mudanças nas relações de trabalho, todavia, acontecerão de maneira lenta, pois os papéis sociais dos profissionais de saúde apresentam uma construção histórica bastante solidificada.

Embora o aspecto mutilador venha apresentando tendência de queda<sup>33</sup>, os CDs vêm de uma prática predominantemente curativista, enquanto o médico é legitimado como a figura central e predominante nos serviços de saúde, o que torna as relações de trabalho hierarquizadas e verticalizadas<sup>34</sup>.

Naturalmente, foram identificadas divergências a respeito das relações interpessoais decorrentes do trabalho em equipe.

*O trabalho aqui é muito bom, é gostoso de ser feito, a gente trabalha com prazer, existe uma equipe que interage, que conversa bastante, então é muito gostoso trabalhar aqui.* (CD2\_Açaí)

*O que deixa a desejar aqui é com relação a relacionamento profissional, reuniões. [...] Não tem aquele calor humano que precisa para um trabalho bem feito, para que você tenha condições de desenvolver seu trabalho. [...] Não tem uma equipe, aqui é a equipe de um sozinho.* (CD5\_Figo)

Araújo<sup>35</sup> também identificou dificuldades no trabalho em equipe, aparecendo a hierarquia como um fator que compromete a integralidade da assistência. Apesar das dificuldades, houve avanços no DRS III, principalmente nas USF, onde há reuniões periódicas e grupos de educação em saúde estruturados por ciclo de vida ou condição de vida.

*Essas reuniões a gente faz semanal. [...] A gente se reúne, coloca as áreas em dia, vê as situações, tudo que a gente viu em relação a determinados pacientes a gente coloca, e muitas vezes você tem um retorno de como a equipe pode ajudar aquilo, aquela situação. [...] Sim, [discutimos aspectos do relacionamento entre os profissionais da equipe], mas não é muito aberto, isso não é muito aberto, não.* (CD16\_Banana)

*A reunião acaba sendo focada só na parte de agente [comunitário de saúde] e de enfermagem, que são os maiores problemas, então não tem muito o que se discutir em relação ao dentista nas reuniões, [...] 99% da reunião é voltada para eles, então às vezes a gente nem participava de reuniões – agora que nós passamos a participar com mais frequência das reuniões – para não deixar o atendimento.* (CD8\_Jambo)

Como o trabalho do CD raramente se insere em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, uma vez que desenvolvem suas ações de forma autônoma, independente e individualizada<sup>36</sup>, o que ocorre em muitos casos é que as Equipes de Saúde Bucal (ESB) continuam sendo um apêndice da Equipe de Saúde da Família, o que pode ser atribuído à introdução tardia da ESB na Estratégia de Saúde da Família<sup>11,21,24</sup>.

O trabalho interdisciplinar não nega as bases disciplinares, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições. O fazer interdisciplinar pode envolver recortes no conjunto do conhecimento. Um recorte deve ser sempre visto como tal e não pode substituir o todo<sup>30,37-40</sup>. Ocorre que os trabalhadores das diferentes áreas se afastam do que consideram não ser de sua área de competência, para não saírem de sua “zona de conforto” e transformam o campo do cuidado num espaço de individualismo e fracionamento dos atos terapêuticos. Apesar de compartilharem o mesmo espaço de trabalho, a prática permanece centrada no núcleo de conhecimento de cada trabalhador, não havendo o encontro dos saberes<sup>27</sup>, uma vez que *propostas com o foco no coletivo ainda representam um desafio ao campo da odontologia, tanto pelo fato de a formação na área dirigir-se para o individual, quanto pelo fato de apenas uma pequena parte do investimento feito em ciência e tecnologia dirigir-se aos problemas de saúde bucal com relevância para a saúde pública*<sup>41</sup>.

O segredo da interdisciplinaridade reside na competência acertada de cada profissional, mas este deve ter consciência dos seus limites conceituais, metodológicos e técnicos. Esta tomada de consciência faz com que se busque a interação com outros profissionais<sup>31</sup>.

### Integralidade do sistema de saúde

A integralidade do sistema de saúde diz respeito à articulação dos diferentes níveis de atenção (básica/primária, especializada/secundária ou hospitalar/terciária) de modo que permita que o usuário transite pelo sistema e todas as suas necessidades de saúde sejam atendidas, independente de como ou por onde tenha conseguido acessá-lo<sup>19</sup>. Apesar dos avanços, o que se observa no DRS III é que predomina o modelo de pirâmide, onde obrigatoriamente a Atenção Primária em Saúde é colocada como porta de entrada.

*A gente tem os três níveis: Atenção Básica tem dentista tanto na UBS [Unidade Básica de Saúde], quanto USF, tem a Atenção Especializada, no CEO tem as cinco especialidades [endodontia, periodontia, diagnóstico de lesões bucais, cirurgia e pacientes especiais] e agora a Odontologia Hospitalar, a terciária.* (GM8\_Manga)

*A porta de entrada é sempre a unidade básica, o usuário entra pela unidade básica, faz a parte de adequação ou o que precisa ser realizado e aí o encaminhamento é feito pelo próprio dentista da unidade.* (GM7\_Banana)

A questão da integração dos serviços é um dos mais graves impedimentos da integralidade na atenção à saúde. Kantorski et al.<sup>42</sup>, em um estudo de avaliação qualitativa da integralidade com relação à gestão municipal da saúde, observaram que os serviços não se comunicam, têm lógicas próprias e distintas e o eixo de sua organização não está centrado nas necessidades de saúde dos usuários. As ações integrais ficam restritas à USF, sob os princípios da adscrição e do vínculo. Quando são necessárias ações de outros níveis de complexidade, o sistema mostra-se vulnerável, não conseguindo responder a contento as necessidades do usuário. Esses resultados são semelhantes aos da investigação de Oliveira e Saliba<sup>22</sup>, que identificaram que a atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Campos dos Goytacazes acabou por se configurar como a porta de entrada do sistema, mas sem conseguir organizar o cuidado em saúde bucal, uma vez que não há recursos para atendimento de maior complexidade, ou seja, a população fica restrita a procedimentos básicos e por isso não recebe o tratamento completo. Por outro lado, os resultados da pesquisa de Baldani et al.<sup>11</sup>, realizada no Paraná, foram mais promissores, pois em apenas 9,5% dos municípios paranaenses os casos de maior complexidade não são resolvidos e nem encaminhados.

Em alguns municípios do DRS III o sistema de referência e contrarreferência funciona, ao passo que outros têm dificuldades em operacionalizar esta ferramenta, tanto internamente quanto para encaminhamentos para outros municípios com maior capacidade instalada.

*Como a demanda reprimida no início foi muito grande, se criou algumas filas de espera e também não existia esse serviço aqui no município, então tanto a referência que vem do Posto vem faltando detalhes, muitas vezes não vem correta com o que foi feito na unidade, faltando dados de base, como dados específicos do paciente, então mesmo com agendamento às vezes fica complicado a gente localizar o paciente devido a ter muito paciente na fila de espera. [...] [De] nossa [parte] também, melhorando a contrarreferência para dar um feedback também para o dentista do Posto para ele continuar o serviço lá. [...] É dividida a referência e a contrarreferência no mesmo papel e a gente informa, eu no meu caso, informo tudo que foi feito e aquilo que eu espero também que a Unidade observe e faça a proservação para mim, porque na verdade é muito mais perto para o paciente. [...] É tudo feito por serviço interno, através de malote, tanto quando vem para a gente quanto quando a*

*gente devolve para a Unidade. Eu acho que já deveria estar informatizado, eles prometem informatizar, mas na verdade eu acho que tudo agilizaria mais se viesse via computador, mas isso demandaria ter computador em todas as Unidades, e a gente fazer isso tudo online. (CD18\_Manga)*

Os CD que trabalham em Unidades de Pronto Atendimento acabam ficando completamente à parte da rede de serviços de saúde bucal, pois nem ao menos podem referenciar os usuários de maneira formal.

*É tudo via oral, é tudo boca a boca, a gente não tem esse papel de... contrarreferência, nada. (CD14\_Banana)*

Existem protocolos estabelecidos quanto ao alcance dos procedimentos de cada nível de atenção, que ainda estão sendo apropriados pelos profissionais.

*Existem regras determinadas pela Coordenadoria [Municipal de Saúde Bucal], que inicialmente a gente deve encaminhar para o CEO, para os especialistas aqui. Quando o serviço não for oferecido, a Coordenadoria vai tentar fazer um encaminhamento para a Faculdade de Odontologia de Araraquara, por exemplo, ou outro serviço em que possam ser atendidos os pacientes. Tem uma guia específica, o paciente ele é abordado, a gente faz no caso tratamento de canal, é feita a urgência e emergência do paciente, retiramos a dor dele e encaminhamos para o especialista no CEO. A guia é dada para o paciente e ele vem aqui e é agendado. [Depois de terminado o tratamento no CEO, o paciente recebe a guia de] contrarreferência e leva para a Unidade Básica [de Saúde]. (GF4\_Laranja)*

Analisando o processo de referência e contrarreferência nos municípios visitados, percebe-se que ele está limitado à questão burocrática, em que cada nível de atenção “empurra” o usuário para os serviços do outro nível. Frente a este quadro, faz-se necessária a construção de um mecanismo que de fato se constitua em uma produção compartilhada de cuidado.

No caso estudado, as especialidades de prótese, periodontia e endodontia são as que têm as maiores demandas reprimidas, sendo que esta última tem fila de espera que pode chegar a mais de dois anos, comprometendo a continuidade do cuidado nos níveis secundário e terciário e deixando os usuários em situação de maior vulnerabilidade a futuros tratamentos mutiladores. O agendamento melhorou o acesso da população aos serviços de saúde bucal após a sua inclusão na Estratégia de Saúde da Família, apesar desse acesso restringir-se grande parte das vezes ao nível primário de atenção, não havendo referen-

ciamento adequado para os níveis secundário e terciário<sup>28,36</sup> muitas vezes pela insuficiência de serviços especializados, o que acaba por gerar a excessiva demanda reprimida<sup>10</sup>. Com isso, a integralidade da assistência prestada à população adscrita deixa de ser exercida pelos CD e, assim, as famílias não têm suas necessidades e expectativas atendidas<sup>24</sup>.

### Intersetorialidade

A intersectorialidade é historicamente marcada pela articulação Saúde/Educação, parceria nem sempre amistosa. A proposta de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde pela Estratégia de Saúde da Família considera outros espaços/setores da sociedade civil como colaboradores oportunos para o desenvolvimento de ações que ampliam o conceito do processo saúde-doença-cuidado, como local de trabalho, comércio, mídia, indústria, organizações não governamentais e outras instituições<sup>43,44</sup>.

*Programei um monte de coisa, cada matéria iria abordar a odontologia do seu jeito: a matemática iria ver quanto de cárie tem no Brasil, por exemplo. A gente fez um monte de coisa. Só que aí os professores se entusiasmaram, depois ninguém quis fazer, aí eu falei: 'Eu não posso fazer sozinha, para abordar desse jeito eu teria que fazer com vocês'. Aí eu fiz um trabalhinho lá com os alunos mesmo e pronto, e acabou. (CD16\_Banana)*

*Tem um apoio muito grande à comunidade através de apoio do Rotary e aquela escola foi uma escola muito estruturada nesse sentido de acudir as necessidades da região e na época começou com um Diretor que foi um exemplo, fez um trabalho muito bonito, com o acolhimento do SENAC, das escolas, que iam lá cortar o cabelo, ensinar as coisas para a família, então iniciou antes do PSF, iniciou um trabalho ali naquela escola com essa estrutura, mais pela parte educacional, mais pela Educação do que pela Saúde, e a gente foi acolhida e encampou dando suporte. (GF3\_Manga)*

No estudo de Mattos et al.<sup>28</sup>, em relação ao desenvolvimento de ações intersectoriais, de um total de 57 CD e gestores participantes, 43 (75,44%) afirmaram realizar ações intersectoriais, visando integrar a Saúde Bucal às demais ações de saúde do serviço. Dentre as atividades mais consideradas por eles, as ações de informação e prevenção em saúde bucal desenvolvidas na comunidade ou nas escolas estiveram em primeiro lugar.

### Acolhimento, vínculo e responsabilização

O conceito de acolhimento apregoa que os serviços de saúde devem proporcionar uma resposta aos usuários, seja ela clínica ou não, no sentido de contribuir com o aumento da resolutividade. O vínculo se constitui na responsabilização dos serviços de saúde no cuidado dos pacientes e seria o resultado das ações de acolhimento<sup>19</sup>.

*Nós temos um grande problema que é a demanda reprimida, a gente tentou solucionar isso com o acolhimento, fazendo o acolhimento nas unidades com classificação de risco. (GM9\_Manga)*

*Geralmente é caso assim de dor, drenagem de abscesso, abertura [coronária]. Se a pessoa está com cárie, a gente faz uma restauração provisória e a pessoa acaba aguardando para entrar no tratamento, às vezes a urgência, o acolhimento que a gente chama, acaba sendo a porta de entrada para o programa, às vezes acontece isso. (GF1\_Banana)*

A pesquisa de Santos et al.<sup>45</sup>, realizada em Alagoinhas (BA) com profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família, identificou linhas de tensão do acolhimento. Considerando o atendimento individual foram estabelecidos, basicamente, três padrões: profissional que tem todo o aparato tecnológico disponível e tecnologia relacional adequada, mas capacidade técnica limitada, comprometendo a qualidade dos procedimentos realizados; profissional com boa capacidade técnica, com disponibilidade de aparato tecnológico, mas restritos com relação ao acolhimento; e, por fim, foram observadas situações criativas na realização de procedimentos: profissionais com resolubilidade limitada, mas que procuravam, com as ferramentas disponíveis, contornar as dificuldades e desenvolver um processo de cuidado centrado no usuário.

Os profissionais de saúde bucal participantes do estudo observam pouca responsabilização dos usuários pelo cuidado de sua própria saúde. Enquanto uma parte se vê impossibilitada de agir frente a este contexto e tendem a culpabilizar os indivíduos, outros procuram desenvolver ferramentas para a construção da autonomia.

*Nós trabalhamos com um público que não tem um cuidado [...], uma higienização perfeita. Se você não forçar ele a fazer uma escovação ou você não ensinar ele a usar uma prótese, não adianta você colocar, em 6 meses ele está perdendo [...], porque aqui é um problema muito sério, é uma classe que só procura o dentista quando tem dor. (CD11\_Laranja)*

*Fazer com que o usuário crie um significado com as informações que a gente passa, com o intuito que ele mude os seus hábitos diários, que ele consiga enxergar que aquilo que a gente está falando para ele é interessante na medida que ele possa fazer em casa a parte dele, que vai dar subsídio para que a gente aqui possa dar o retorno esperado.* (CD23\_Manga)

A avaliação da responsabilização do usuário, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde bucal, deve ser analisada com cautela, pois percebe-se uma tendência de responsabilizar as próprias pessoas por todos os problemas de saúde que apresentam. Uma vez que os profissionais de saúde bucal geralmente possuem uma visão limitada e pouco crítica dos condicionantes sociais e econômicos que interferem na saúde da população, acabam por não perceber a complexidade dos determinantes sociais e estão fadados a falhar, pois desconsideram a desnutrição, o custo dos alimentos, o difícil acesso aos serviços de saúde em geral, além do fato de os serviços de saúde praticarem a odontologia curativo-mutiladora. Sem acesso aos serviços e enfrentando tantas carências, grande parte da população não consegue valorizar os problemas dentários e dos tecidos moles da boca<sup>41</sup>.

### Humanização

A humanização, um dos princípios da integralidade, defende a ampliação do olhar para o ser humano, que se constrói e reconstrói a partir dos aspectos biológico, subjetivo e social<sup>19</sup>. Isto implica em responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde para a construção, de maneira colaborativa com os usuários, de planos de cuidado ampliados que não se concentrem somente em consultas e atendimentos, mas que o processo de cuidar venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário<sup>43</sup>. Na prática, o que se observa no DRS III é que os princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família vêm contribuindo para a integração destes aspectos citados e qualificando o cuidado em saúde bucal.

*A gente tem que ver a boca e a pessoa como um todo, [...] um cuidado total, a gente se preocupa em dar um bem estar para o paciente. [...] Nós fazemos restaurações, extrações, abrimos canais e depois encaminhamos para ver se coloca uma prótese. Encaminha para a pessoa sorrir, poder ter um bem-estar.* (ASB3\_Açaí)

*Não enxergar aquele contexto em si, aquele indivíduo aqui que chega com um simples problema*

*de dente, [...] mas entender que ele mora em um lugar aonde existe um meio que o influencia, existe um contexto todo que ele é influenciado e que isso tem participação sobre qualquer intercorrência que ele possa relatar para a gente.* (CD23\_Manga)

### Vigilância à saúde

O conceito de vigilância à saúde pressupõe uma mudança de paradigma, pois marca a transição de serviços que trabalham sob livre demanda para serviços que fazem busca ativa e acompanhamento constante dos usuários<sup>43</sup>. A inclusão de ESB na Estratégia de Saúde da Família é saudada como uma potencial ruptura com modelos assistenciais em saúde bucal excludentes, curativistas, tecnicistas e biologicistas, ao pautar suas ações no modelo de vigilância em saúde com base na integralidade e no princípio de busca ativa de famílias<sup>23</sup>. Santos et al.<sup>45</sup> sugerem que, para solucionar o problema da demanda reprimida, seria necessária a organização de espaços de pactuação para construção de critérios de atendimento nas USF, de visitas domiciliares e de realização de atividades coletivas de promoção e prevenção.

*Fazemos as visitas também para ver a carência da população. [...] A gente tem uma chance, então a gente sai para a rua. Se o agente de saúde vem com um problema até a gente e diz: 'Ah, tem um caso lá em tal rua, tem como vocês darem uma olhadinha?' [...] eu programo na agenda e a gente vai até a casa do paciente, eu e a dentista, nós duas. São mais as pessoas acamadas, de idade, alguma feridinha na boca, alguma lesãozinha que a família está com dúvida e não dá para vir aqui, então a gente vai até a casa do paciente.* (ASB8\_Jambo)

O cadastramento da comunidade e a visita domiciliar devem ser oportunidades para o estreitamento dos laços profissional-profissional e profissional-usuário, na aproximação com as pessoas no seu contexto sociofamiliar para compreender as relações, fortalecer o vínculo, contribuir para a acessibilidade aos serviços e buscar a resolutividade de algum fato que esteja causando sofrimento ao paciente impossibilitado de comparecer à Unidade de Saúde<sup>34</sup>.

*Eu tenho um paciente aqui que ele consegue se locomover, ele vem aqui à unidade [...] tem um déficit cognitivo complicado e [...] um relacionamento extremamente complicado com a família dele. Para eu conseguir fazer vínculo com essa pessoa, eu poderia simplesmente agendar ele aqui e pedir para ele vir. Eu tive que ir na casa dele, verificar o contexto e aí ele foi percebendo que eu era mais que um dentista, eu poderia ser amigo da*

*família. [...] e hoje ele vem, ele trata, [...] eu identifiquei que ele necessita de terapeuta ocupacional, de psicólogo, fonoaudiólogo, coisa que eu não iria perceber, então ele tinha essa necessidade que eu fosse verificar a situação que ele vivia, o porquê que ele não queria vir, além do medo declarado, isso é fato. (CD23\_Manga)*

### **Considerações finais**

Cerca de 10 anos após o lançamento da PNSB, os municípios do DRS III ainda apresentam a tendência de manutenção do modelo centrado na doença. Um ponto positivo é o aumento de resolatividade do cuidado em saúde bucal na Atenção Primária em Saúde. Aspectos do cuidado presentes na PNSB guardam coerência com o trabalho realizado pelas ESB que trabalham nas USE, onde mais se evidencia a integralidade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, a humanização do cuidado e o trabalho na perspectiva da vigilância à saúde.

Os profissionais de saúde bucal ainda desenvolvem ações intersetoriais preventivas limitadas a palestras e aplicações tópicas de flúor na comunidade ou nas escolas, e ainda há priorização do grupo materno-infantil e escolar, resquício do

modelo incremental de atenção à saúde bucal que vigorou nas décadas de 1950/80.

O ponto positivo da PNSB é ter possibilitado acesso aos cuidados de saúde bucal para muitos cidadãos. O fortalecimento e a ampliação das ações de saúde bucal na Atenção Primária em saúde aumentou a demanda por tratamento especializado e os CEO não estão conseguindo absorvê-la a contento.

Outro aspecto é que participaram deste estudo os municípios que apresentaram os melhores contextos de implementação da PNSB, fato que sugere que nos demais podem existir contextos semelhantes ou piores de qualificação do cuidado em saúde bucal.

Pensar mudanças assistenciais em saúde bucal que produzam atos cuidadores de maneira eficaz com resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores da saúde. A consolidação da mudança pretendida somente ocorrerá com a ressignificação do processo de trabalho em saúde e da formação profissional.

Os resultados deste estudo foram apresentados ao colegiado dos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal envolvidos para subsidiar as tomadas de decisão por parte dos gestores e parecem ter motivado uma reflexão e discussão dos resultados de forma positiva.

## Colaboradores

AG Aquilante escreveu este artigo a partir do estudo realizado em sua tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifesp. GG Acirole participou de todas as fases do trabalho, orientando a produção e revisando o artigo.

## Agradecimentos

Ao Decit (Departamento de Ciência e Tecnologia), do Ministério da Saúde, que por intermédio do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) realizou o apoio financeiro deste estudo.

## Referências

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 técnica. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):599-609.
2. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2006.
3. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saude Publica* 2006; 40(N. Esp.):141-147.
4. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):241-246.
5. Silveira Filho AD. A saúde bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Botazzo C, Oliveira MA, organizadores. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica; 2008. p. 31-49.
6. Ferreira EB, Abreu TQ, Oliveira AEF. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Rev. Pesq. Saúde* 2011; 12(3):37-42.
7. Pucca Junior GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):243-246.
8. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):35-41.
9. Manfredini MA. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: MS; 2009. p. 155-174.
10. Farias M-AV, Moura ERF. Saúde Bucal no Contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará. *Rev. odontol. UNESP* 2003; 32(2):131-137.
11. Baldani MH, Fadel CB, Passamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1026-1035.
12. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saude Publica* 2009; 25(5):985-996.
13. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):259-267.
14. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):S81-S89.
15. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

16. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 133-156.
17. Minayo MCS. Construção dos instrumentos e exploração de campo. In: Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 189-199.
18. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-221.
19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Abrasco; 2001. p. 39-64.
20. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):123-130.
21. 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. *RFO UPF* 2007; 12(3):18-23.
22. Oliveira J-LC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Cien Saude Colet* 2005; 10(Supl.):297-302.
23. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica* 2007; 23(11):2727-2739.
24. Rocha ECA, Araújo MAD. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. *Rev. adm. pública* 2009; 43(2):481-517.
25. Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Publica* 2012; 28(3):449-462.
26. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):131-138.
27. Santos AM, 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. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):53-61.
28. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):373-382.
29. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(3):16-29.
30. Gomes R, Deslandes SF. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev. latinoam. enferm* 1994; 2(2):103-114.
31. Raynaut C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Rev. bras. epidemiol* 2002; 5(Supl.1):43-55.
32. Córdón J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cad Saude Publica* 1997; 13(3):557-563.
33. Silva LS, Santana KR, Pinheiro HHC, Nascimento LS. Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(2):325-334.
34. Costa RM, Medeiros Junior A, Costa ICC, Pinheiro IVA. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade* 2012; 7(24):147-163.
35. Araújo LC. *Programa Saúde da Família pelo olhar do cirurgião-dentista* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
36. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). *Rev. odonto ciênc* 2007; 22(55):48-54.
37. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):455-464.
38. Mazon L, Trevizan MA. Fecundando o processo da interdisciplinaridade na iniciação científica. *Rev. latinoam. Enferm* 2001; 9(4):83-87.
39. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(18):521-536.
40. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. latinoam. Enferm* 2003; 11(4):525-531.
41. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):121-130.
42. Kantorski LP, Jardim VMR, Coimbra VCC, Oliveira MM, Heck RM. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão do município. *Texto contexto - enferm* 2006; 15(3):434-441.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
44. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad Saude Publica* 2011; 27(9):1731-1745.
45. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):75-85.

Artigo apresentado em 29/10/2013

Aprovado em 16/03/2014

Versão final apresentada em 21/03/2014