

PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA A PARTIR DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Working process in the family health strategy: a perspective from the oral health team

Daniely Baumel da Cruz¹, Marilisa Carneiro Leão Gabardo², Rafael Gomes Ditterich³,
Samuel Jorge Moysés⁴, Antonio Carlos Nascimento⁵

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com o intuito de reorganizar o processo de trabalho em saúde, particularmente no nível da atenção primária, e, nesta reestruturação, a equipe de saúde bucal (ESB) tem papel importante nas mudanças dentro dos serviços de saúde. O objetivo deste trabalho foi compreender a dinâmica do processo de trabalho na ESF sob a perspectiva das ESB, integrado aos princípios da ESF e do Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra pesquisada foi constituída de 196 trabalhadores (cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário) das Unidades de Saúde da ESF do Sistema Municipal de Saúde de Curitiba. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado e a taxa de resposta foi de 93,3%. A análise indicou uma importante participação da ESB nos Conselhos Locais de Saúde, da ordem de 78,7%. A maioria dos cirurgiões-dentistas (79,3%) avaliou que os cidadãos usuários dos serviços locais têm acesso dificultado às especialidades. Conclui-se que há evidências de que as ESB incorporaram as bases conceituais e a forma de atuar de maneira coerente com os princípios da ESF e do SUS, entretanto há necessidade de investimentos em uma maior capacitação das equipes em temas específicos.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação. Política de Saúde; Saúde da Família. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) was introduced in Brazil to reorganize the health working process, particularly at the primary health care level. In this reorganization process, the oral health team (OHT) has an important role in change implementation. The objective of this study was to understand the dynamics of the working process in the FHS, from the perspective of the local teams, and in agreement with the principles of the FHS and the Brazilian Unified Health System (UHS). The sample was composed of 196 health workers (dentists, dental hygiene technicians and dental clinic helpers) from the Health Units of the Municipal Health System of Curitiba, PR, Brazil. Data were collected through a structured questionnaire, with a response rate of 93.3%. The analysis indicated an important participation of the OHT in the Local Health Council (78.7%). Most of the dentists (79.3%) evaluated that the users of the local services have limited access to the specialties. It is concluded that although the OHT has incorporated the conceptual bases and principles of the FHS and UHS in a coherent way, there is a need for investments in team empowerment in specific subjects.

KEYWORDS: Evaluation. Health Policy. Family Health. Health Services.

¹ Daniely Baumel da Cruz, especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

² Marilisa Carneiro Leão Gabardo, mestre em Odontologia (Saúde Coletiva) pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Professora de Administração em Saúde Pública da Faculdade de Tecnologia Herrero. E-mail: marilisagabardo@e-odonto.com

³ Rafael Gomes Ditterich, doutorando em Odontologia (Saúde Coletiva) pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Professor de Administração em Saúde Pública do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais.

⁴ Samuel Jorge Moysés, doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela Universidade de Londres. Professor Titular de Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

⁵ Antonio Carlos Nascimento, doutorando em Odontologia (Saúde Coletiva) pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Professor de Saúde Coletiva da Universidade Positivo.

INTRODUÇÃO

A necessidade de reorganização do modelo assistencial tradicional, centrado nas práticas curativas e de atenção individual, foi essencial para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em base local, a partir de 1990. Os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, controle social, descentralização, resolutividade e humanização orientam a operacionalização das ações e serviços, provocando avanços na qualidade do atendimento e buscando garantir a toda a população acesso aos serviços de saúde de qualidade (CARVALHO; SANTOS, 1995; RONCALLI, 2003).

Em 1994, foi implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, com o objetivo explícito de mudar a prática assistencial na atenção básica, sob a lógica da abordagem familiar (BRASIL 1998, 2003, 2008).

A incorporação oficial das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia ocorreu em dezembro de 2000, com a publicação da Portaria MS 1.444/2000 (BRASIL, 2000). Fato relevante para a decisão político-institucional de inclusão da saúde bucal na ESF foi a divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD (IBGE, 1998), revelando à sociedade brasileira informações que, sob o ponto de vista ético, confrontavam o papel do Estado enquanto provedor de ações e serviços de saúde à população brasileira. As informações que mais demonstravam a necessidade de políticas inclusivas para as ações de saúde bucal foram: a) que aproximadamente 30 milhões de brasileiros nunca haviam acessado qualquer forma de atenção odontológica no Brasil; b) destes, quase 20 milhões eram crianças e jovens até 19 anos, muitos dos quais vivendo em áreas urbanas e regiões metropolitanas; c) entre os residentes na zona rural os dados eram ainda mais preocupantes; d) aos idosos caberia a “resignação” à barbárie mutilante, ou ainda um “conformismo” paralisante diante do fato que 2/3 deles eram desdentados totais após os 70 anos de idade.

Dados do mais recente e amplo levantamento epidemiológico nacional revelam uma realidade dramática da saúde bucal da população que participou do delineamento amostral (SB BRASIL, 2004). Considerando o que foi observado na amostra, o país está dentro de padrões internacionais estabelecidos para saúde bucal apenas para a faixa etária índice de 12 anos de idade. Enquanto isso, a situação dos idosos é epidemiologicamente adversa, configurando um quadro de elevado número de perdas dentárias, para situações que, majoritariamente, poderiam ser prevenidas,

e insuficiente reabilitação protética. É oportuno ressaltar também, que a distribuição das doenças bucais se dá de forma irregular no território brasileiro, acompanhando as iniquidades no acesso a serviços e medidas promocional-preventivas, como o acesso à água fluoretada (GABARDO *et al.*, 2008).

Neste contexto, Curitiba foi um dos municípios paranaenses que, mesmo sem o incentivo financeiro prévio, indutor da expansão da ESF com base em recursos federais, inseriu a saúde bucal na ESF (MOYSÉS *et al.*, 2002; ALCANTARA, 2008).

Em saúde bucal coletiva, o paradigma da atenção restrita a escolares do Ensino Fundamental permeia as políticas públicas no Brasil de forma hegemônica, desde meados da década de 1950. Conhecido como “Modelo Incremental de Atenção ao Escolar” e concebido pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública - FSESP, na década de 1950, ainda é prática dominante na maioria dos municípios brasileiros (MOYSÉS *et al.*, 2002). Apesar da relevância histórica do modelo incremental para escolares, é inevitável a constatação de seu esgotamento, seja pela ineficácia no controle das afecções bucais, seja pela perversa falta de acesso de grupos de jovens e adultos aos serviços odontológicos (RONCALLI *et al.*, 1999), fato que confronta gravemente o princípio de acesso universal no SUS.

Para estes jovens e adultos, historicamente excluídos, desenvolveu-se, a partir da década de 1980, o conceito de “geração perdida”, isto é, o entendimento que, para estes, não haveria mais o que fazer, restando continuar o provimento de ações mutiladoras. Por outro lado, continuou-se a centrar todos os esforços na melhoria dos indicadores epidemiológicos para grupos formados por crianças e jovens inseridos formalmente em escolas de Ensino Fundamental e Médio. Este discurso, impregnado de desprezo às regras elementares quanto ao direito dos cidadãos e, para não deixar de dizer, carente de princípios éticos e humanísticos, foi gravemente contestado por aqueles que entendem os serviços de saúde como direito elementar de cidadania, como instrumento de defesa do direito de acesso e à qualidade de vida (MOYSÉS *et al.*, 2002). Não bastasse isto, o discurso excludente afronta o princípio da universalidade e da equidade do SUS.

Assim, a premência de um novo modelo de prática, mais resolutivo, solidário e inclusivo a todos os segmentos populacionais deu força para a inclusão da saúde bucal na ESF. Dentro da ESF, as ESB se empenham em melhorar as condições de saúde bucal das famílias dentro de um território adscrito. Desta forma, pode ser estabelecido maior vínculo com a comunidade da área de abrangência,

umentando a relação equipe/usuários/famílias e melhorando a extensão de cobertura populacional, facilitando o acesso aos serviços de saúde e proporcionando ações de prevenção, promoção e tratamento de agravos, com reflexos positivos sobre os indicadores epidemiológicos e sociais em médio e longo prazos (BRASIL, 1997).

A ESF busca sustentabilidade operativa em seus princípios básicos, que são o cadastramento da clientela, a adscrição territorial, o trabalho em equipe multiprofissional e a introdução de práticas promocionais de saúde, além dos princípios do SUS já descritos anteriormente (BRASIL, 1998). Além disto, traz, como atributos essenciais, a facilitação do primeiro contato da população com a atenção primária, o seguimento longitudinal das famílias (acompanhamento no tempo e no território), a integralidade e a coordenação das ações nos vários pontos de atenção (STARFIELD, 2001). A concretização destes princípios e atributos é o grande desafio apresentado às equipes de saúde e aos gestores de serviços.

A saúde bucal na ESF coloca-se em contradição ao modelo hegemônico curativo-reabilitador e calcado, quase exclusivamente, em critérios clínicos e individuais. Busca novas bases e critérios, com incorporação de princípios norteadores de base populacional, oriundos do campo da saúde coletiva, e busca torná-los reais no dia-a-dia de usuários e serviços. Tornar-se real no cotidiano dos usuários sob a forma de melhores serviços, embora maior acesso, continue a ser o grande desafio das ESB na ESF (MOYSÉS, 2008).

Deste modo, o propósito deste estudo foi compreender a dinâmica do processo de trabalho na ESF na perspectiva das equipes locais e fazer uma análise/reflexão da atuação destas nas ESB frente aos princípios da ESF integrados aos princípios do SUS, na cidade de Curitiba, Paraná.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob registro número 228/1994.

O desenho do estudo foi transversal, quantitativo, com dados coletados no mês de março de 2004, baseando-se no processo de trabalho dos 12 meses anteriores. De um universo de 115 Unidades de Saúde, foram contempladas as 42 Unidades de Saúde da ESF que contavam, à época, com ESB incluídas, presentes nos oito Distritos Sanitários, do Sistema Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná. Assim, chegou-se a um número total de 382 profissionais de saúde bucal (cirurgiões-dentistas - CD, técnicos em higiene dental

- THD e auxiliares de consultório dental - ACD) lotados nas referidas Unidades ESF. Considerando-se um intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 7%, assumindo-se que, pelo menos, 50% dos mesmos atendiam ao critério de inclusão da pesquisa (ter trabalhado nos 12 meses anteriores à pesquisa na ESF), definiu-se uma amostra de 196 participantes, com 54 CD, 43 THD e 99 ACD, calculando-se uma estratificação proporcional de cada subconjunto profissional dentro dos oito Distritos Sanitários. De posse dos estratos ponderados, procedeu-se ao sorteio aleatório dos profissionais que responderiam o questionário.

Os princípios norteadores da ESF que foram analisados seguiram a interpretação de Moysés e Silveira Filho (2002), com base na análise de coerência entre a ESF e os princípios do SUS (Quadro 1). Os dados foram obtidos por meio de dois questionários estruturados, o primeiro direcionado aos CD e o segundo voltado aos THD e ACD. Os questionários foram enviados pela Coordenação de Saúde Bucal aos participantes por mala-direta, em envelopes lacrados da própria SMS de Curitiba, com retorno em tempo pré-determinado à origem. Salvaguardas éticas quanto à privacidade, confidencialidade e sigilo foram respeitadas.

Quadro 1: Princípios norteadores e questões avaliadas.

	Princípios norteadores	Questão avaliada
1. ESF	Competência/Habilidade profissional	Educação permanente (atualização técnico-científica)
2. ESF	Equipe multidisciplinar	Integração da equipe para enfrentamento de fatores de risco comum à população
3. ESF	Territorialização do cuidado	Adscrição territorial e responsabilização sobre o cuidado
4. ESF	Percepção do paciente em seu contexto familiar	Utilização de instrumentos de diagnóstico familiar (Genograma/Ciclo de Vida Familiar)
5. ESF	Intervenções centradas na Promoção de Saúde	Promoção de saúde nos domicílios e espaços sociais
6. ESF	Investimento na formação de vínculo	Nível de envolvimento/seguimento das famílias
7. ESF	Percepção do paciente em seu contexto familiar	Atendimento familiar
8. SUS	Utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades	Realização de estudos epidemiológicos
9. SUS	Integralidade	Acesso dos pacientes às especialidades
10. ESF E SUS	Controle social	Participação da ESB no Conselho Local de Saúde

Fonte: Os autores.

Os dados coletados foram processados inicialmente para avaliação da consistência dos mesmos. Com isto, uma base de dados robusta foi analisada exploratoriamente, segundo classificação por distribuição de frequências,

utilizando o *software* estatístico SPSS 13.0. As questões comuns a todos os integrantes da ESB foram analisadas pelo teste Qui-quadrado com significância de $p < 0,05$, para padrões de respostas entre os respondentes diferentes estatisticamente.

RESULTADOS

A taxa de resposta obtida foi de 183 indivíduos (93,3%), sendo 54 CD (100%), 38 THD (88,3%) e 91 ACD (91,9%).

Primeiramente, foi analisada a categoria de formação de competências e habilidades profissionais, definida pelos processos de educação permanente da ESB nos últimos 12 meses. Dos 54 CD entrevistados, 40,4% participaram de cursos e palestras com duração de 12 horas ou mais. Dos 38 THD e 91 ACD 68,51% participaram de cursos e palestras promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba durante o período analisado.

No que diz respeito à atuação multiprofissional, observou-se que 50% dos entrevistados, independente da categoria profissional, avaliaram que desenvolvem ações integradas com o restante da equipe multidisciplinar. Quando analisados separadamente, alguns do grupo de THD e ACD afirmaram não haver integração (15,4%), mas sem diferença estatisticamente significativa entre eles ($p > 0,05$).

Com relação ao processo de territorialização do cuidado, 78,7% dos integrantes da ESB afirmam que existe trabalho diferenciado junto à população do território sob sua responsabilidade ($p > 0,05$).

O Genograma, ferramenta de diagnóstico familiar sistêmico, adaptada à saúde bucal em Curitiba, é conhecido por 68,5% dos CD e 96,7% da equipe auxiliar. Porém, apenas 20,9% dos CD o utilizaram de 6 a 10 vezes nos últimos 12 meses, e 8,8% dos THD e ACD.

Analisando as ações voltadas à Promoção de Saúde, 40,1% das equipes utilizaram entre 11% a 30% do seu tempo disponível para desenvolver ações promocionais de saúde nos domicílios ou espaços sociais sob sua responsabilidade ($p > 0,05$).

Em relação ao investimento na formação de vínculo entre profissionais e/ou equipe com a comunidade, avaliou-se que o nível de envolvimento das ESB com as famílias de maior risco vai além da atuação estrita em Odontologia e do setor saúde. Verificou-se que 59,2% dos profissionais pesquisados creditam os problemas de saúde/enfermidade a questões que ultrapassam o campo de atuação do setor. Consideram que a inclusão de outras categorias profissionais ligadas à área social, como por exemplo, o

assistente social, o psicólogo, entre outros, pode levar ao enfrentamento mais eficaz dos problemas vivenciados pelos usuários do serviço.

Quanto à percepção da equipe acerca da necessidade de prosseguimento dos cuidados em saúde e inserção dos familiares no processo terapêutico, avaliou-se o percentual de pacientes agendados que receberam atendimento familiar nos últimos 12 meses. Concluiu-se que 50% dos CD realizaram atendimento familiar em 21% a 50% dos pacientes agendados, isto é, deram a este percentual de famílias o necessário prosseguimento terapêutico e atenção familiar em saúde.

Quanto à utilização de investigações epidemiológicas no cotidiano dos serviços buscando o estabelecimento de prioridades e processos avaliativos, verificou-se que 44,4% dos CD não realizaram nenhum tipo de estudo epidemiológico nos últimos 12 meses. Ainda, somente 42,6% fizeram apenas um tipo de estudo, em geral estudos realizados em ambiente escolar e sem base populacional.

Acerca da integralidade das ações da ESB na ESF, foi avaliada a qualidade do acesso dos pacientes aos níveis de maior complexidade da atenção, sejam eles serviços especializados ou Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). Verificou-se que 79,3% dos CD responderam que mais de 51% dos pacientes tiveram dificuldade de acesso a serviço especializado, com espera de aproximadamente três meses após referência ao mesmo.

Com relação à participação dos profissionais da equipe nas reuniões do Conselho Local de Saúde, verificou-se que 78,7% dos profissionais compareceram às mesmas, sendo que 64,3% o fizeram em 3 ou mais vezes nos últimos 12 meses, sem haver diferença entre os integrantes por categoria profissional ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

O primeiro item a ser discutido refere-se à educação permanente em saúde dos profissionais. Esta pode ser definida como um processo de atualização das práticas do cotidiano de trabalho, no qual se envolvem equipes de saúde, gestores e instituições (CECCIM, 2005).

Desta forma, observou-se que a maior fonte de atualização dos profissionais de saúde bucal da ESF foram cursos e/ou palestras com duração de 12 horas ou mais. Cursos promovidos pelo gestor nos últimos 12 meses não foram incluídos, em sua maioria, por se tratarem de cursos de curta duração com número menor de horas que o estabelecido na pesquisa. Os cursos de educação permanente promovidos pela SMS em parceria com a Associação

Brasileira de Odontologia (ABO-PR) também são cursos com duração menor que 12 horas e dão ênfase à capacitação clínica. Neste caso, também não foram considerados como processos de educação permanente, com impacto importante no cotidiano das ações e serviços de saúde do profissional nas ESB.

Não se pode deixar de reconhecer a importância dos cursos fornecidos pelo gestor municipal na busca da melhoria da resolutividade da atenção; os mesmos parecem, entretanto, insuficientes e com maior ênfase aos temas clínicos. O maior investimento em capacitação e sensibilização da equipe em temas relacionados à saúde coletiva e à ESF deve merecer maior atenção dos níveis decisórios institucionais.

O acesso da equipe aos conhecimentos fundamentais na área de saúde bucal coletiva, saberes específicos às peculiaridades próprias daqueles que atuam em saúde da família, conhecimentos essenciais ao melhor desenvolvimento da estratégia da atenção familiar devem ser priorizados, não em detrimento do desenvolvimento de habilidades clínicas, mas de forma tão importante quanto estas.

Para THD e ACD, observou-se que a maior fonte de capacitação foram cursos e palestras promovidos pelo gestor municipal. A equipe auxiliar participou de diversas reciclagens em anos anteriores acerca de temas relacionados à sua área de atuação (esterilização, desinfecção, ergonomia, utilização de biomateriais odontológicos, dentre outros). Nota-se também aqui, entretanto, a necessidade de oportunizar capacitação e reciclagem voltadas às especificidades da ESF (BRASIL, 2008).

Segundo o Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal (CURITIBA, 2004), o profissional de saúde deve estar em constante busca do conhecimento e informação pertinente à sua prática em saúde bucal coletiva. O treinamento - introdutório ao trabalho em saúde da família, por educação continuada externa ou em serviço - é essencial para se atender necessidades comuns do profissional na busca da melhor atenção aos coletivos sob sua responsabilidade (STARFIELD, 2002).

A busca de conhecimentos, por meio de incentivo e facilitação do acesso aos meios pedagógicos disponíveis (livros, periódicos, revistas, meios eletrônicos, cursos e palestras, entre outros), deve estar incluída no constante aperfeiçoamento profissional, capacitação e educação permanente dos profissionais das ESB inseridos na ESF. Contudo, é importante ressaltar que a equipe de saúde não deve só desenvolver habilidade técnica para a realização de procedimentos clínicos adequados. Deve também ter estimulado o desenvolvimento de consciência cidadã e

ética em serviço para a construção de sistemas locais de saúde mais acessíveis e solidários. A necessária capacitação em saúde bucal coletiva deve alavancar a equipe para o desenvolvimento de ações que vão do planejamento em saúde à realização de investigações epidemiológicas locais, entre outras.

No que se refere ao trabalho em equipe multiprofissional, esta surge da necessidade de compartilhar conhecimentos e enfrentar problemas, favorecendo uma resposta resolutiva aos fatores comuns de risco que as populações-alvo das equipes estão submetidas. Contudo, neste trabalho, ficou clara a não concordância por parte de 50% dos profissionais da ESB quanto à integração com outros profissionais de diferentes áreas do conhecimento dentro da Unidade de Saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de enfermagem, entre outros).

Esta discordância nos remete a uma razoável dificuldade de atuação da equipe de forma multidisciplinar e inter-setorial. Este fato reveste-se de particular importância e gravidade uma vez que uma das diretrizes norteadoras do trabalho em saúde familiar seria o enfrentamento conjunto pela equipe de fatores de risco diversos e de diferentes complexidades. Nesse sentido, devem ser ressaltadas as iniciativas que busquem a sensibilização dos profissionais para o trabalho integrado e de forma multidisciplinar na busca da melhoria das condições de vida e saúde das comunidades assistidas pelos mesmos.

Quanto à territorialização, este processo está na base da construção do vínculo com a comunidade, para a mudança do modelo de atenção e para o estabelecimento de corresponsabilidade entre a equipe de saúde e o usuário/família/comunidade para transformar a realidade local (FRANKLIN; SOUSA, 2002). Desde meados da década de 1970, as Unidades Municipais de Saúde de Curitiba já trabalham com o conceito de “área de abrangência”, denotando o estabelecimento de base territorial para atuação das equipes. No início dos anos 1990, este processo foi fortemente discutido com todos os integrantes das equipes de saúde com a realização de oficinas distritais de territorialização e processo de trabalho, o que resultou na reapropriação do território como espaço operativo das equipes de saúde. Os resultados desta pesquisa confirmam a incorporação do conceito de adscrição da clientela e responsabilidade territorial que são fundamentais para atuação em saúde coletiva e, particularmente, na ESF.

O entendimento da equipe quanto à importância do trabalho em base territorial denota a preocupação da mesma com a geração de vínculo com os pacientes e suas famílias. Demonstra também a preocupação com a necessidade

de estabelecimento de responsabilidade epidemiológica e social com a comunidade assistida pela equipe local de saúde.

Quando analisada a percepção da equipe sobre o paciente em seu contexto familiar e comunitário, avaliou-se a utilização do Genograma e Ciclo de Vida Familiar. Estes instrumentos proporcionam às ESB o reconhecimento das diferentes realidades das famílias através de suas características (sociais, demográficas, epidemiológicas), bem como facilita a compreensão dos fatores de risco genético-hereditários para doenças no núcleo familiar. São utilizados, dentro dos serviços de saúde de Curitiba, como método de coleta de informações. Neste estudo, percebeu-se que ainda é pouco utilizado e fica clara a necessidade de se destacar, através de cursos e reciclagens, a importância do diagnóstico sistêmico de problemas familiares para o estabelecimento de condutas adequadas frente aos complexos problemas apresentados pelas mesmas.

No que se refere ao desenvolvimento da Promoção da Saúde, evidenciou-se um entendimento da necessidade da incorporação de práticas promocionais por parte das ESB, havendo ainda, para o restante dos profissionais pesquisados, clara confusão teórico-prática sobre a diferença entre promover saúde e desenvolver ações preventivo-educativas, sem diferença entre as diferentes categorias pesquisadas. O desenvolvimento de estratégias de Promoção da Saúde pode, em muitos momentos, incluir práticas que vão desde as ações de prevenção específica e educação em saúde, o pronto diagnóstico de enfermidades e as adequadas condutas clínicas calcadas em evidências sustentáveis pela literatura. Contudo, passam, necessariamente, pelo empoderamento comunitário, pela autonomia dos indivíduos sobre sua saúde e pela melhoria das condições de vida da comunidade, sendo que, neste nível de atuação, o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais sustentáveis, em seu sentido mais abrangente, adquire maior relevância em relação às políticas públicas de saúde de forma restrita.

Em relação à importância do estabelecimento de vínculo, observou-se que, no entendimento da equipe auxiliar, poderiam ser incluídos nas equipes da ESF profissionais da área do serviço social. Entretanto, é válido ressaltar que os profissionais de saúde devem desenvolver habilidades para lidar com problemas da vida, para além da abordagem biomédica estrita, por meio do conhecimento ampliado dos determinantes do processo saúde-enfermidade. É inegável que a incorporação de outras categorias profissionais, com seus diferentes saberes, pode, em determinadas situações, potencializar a capacidade de enfrentamento de problemas pela equipe de saúde. Por outro lado, deve-se ressaltar

que a incorporação destas à ESF, como forma de solução definitiva dos complexos determinantes do processo saúde-enfermidade seria, no mínimo, um entendimento reducionista e simplificador no que se refere ao núcleo e campo de atuação dos profissionais e da equipe que atua na ESF (CAMPOS, 2000). Os profissionais que atuam em saúde da família devem estar disponíveis para um variado repertório de problemas atinentes à atenção primária, e os cuidados que prestam são polivalentes (McWHINNEY, 1994). O vínculo estabelecido através da parceria entre a equipe/família permitirá uma ação mais eficiente, aumentando a satisfação da comunidade com o serviço ofertado e do profissional com o resultado obtido (WAGNER *et al.*, 1999).

Fator relevante, também, é que parece estar havendo um razoável entendimento acerca do foco das ações estarem voltadas ao núcleo familiar e não ao indivíduo isoladamente por parte dos CD. O fato de que grande parte dos profissionais reserva um período considerável de seu tempo ao prosseguimento da atenção em saúde bucal, aos pacientes mais vulneráveis e suas famílias, é indicativo importante de mudança. O modelo assistencial anterior foi historicamente pautado pelo pronto-atendimento às intercorrências clínicas e sem maiores preocupações com a recuperação e manutenção da saúde da população assistida pelos serviços.

A insuficiente realização de investigações epidemiológicas denota uma não valorização da importância deste procedimento no diagnóstico e acompanhamento das situações em base populacional, ou então, por outro lado, de um sério despreparo para o desenvolvimento destes estudos.

No que se refere ao princípio da integralidade, os serviços ainda não estão organizados em níveis de complexidade crescente. Na odontologia, ao contrário da área médica, são frágeis os mecanismos formais de referência especializada. Observa-se a necessidade de investimento/criação de novos serviços especializados ou convênios com outras instituições para promover a integralidade de atenção em saúde bucal. O acesso ao sistema de saúde integral com ações resolutivas é premissa básica de um atendimento resolutivo e humanizado, igualitário e eficaz, no qual os usuários possam ter a garantia de melhor atenção às suas enfermidades.

Analisando a valorização da equipe acerca do controle social, princípio regulamentado pela Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), e a necessidade desta estabelecer mecanismos que estimulem a participação da comunidade na formulação de políticas locais e na fiscalização do cumprimento das mesmas, entende-se que a participação dos profissionais

de saúde em reuniões do Conselho Local de Saúde estimula a população a exercer o seu direito de participar na definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde. Estudos que buscam analisar a importância do controle social indicam que os Conselhos têm participado de forma efetiva do processo decisório em nível local quando contam com participação de usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e representantes da administração pública (RONCALLI, 2003).

É importante ressaltar que alguns dos problemas encontrados não são exclusivos da cidade de Curitiba. Um estudo realizado em 19 municípios do estado do Rio Grande do Norte revelou dados condizentes com os do presente trabalho, uma vez que as dificuldades encontradas se referem a dificuldades de relacionamento, de encaminhamento para níveis de maior complexidade, intersetorialidade, questões relacionadas à epidemiologia, dentre outras (SOUZA; RONCALLI, 2007).

O que se observa, de maneira mais difundida nas experiências brasileiras em que a saúde bucal está presente na ESF, é a dificuldade gerada pelo desafio no processo de implementação de uma estratégia ampla, com inovações substantivas no modelo assistencial e no processo de trabalho cotidiano das equipes (CONILL, 2008; ESCOREL, 2007; FACHINI *et al.*, 2006).

CONCLUSÕES

As ESB inseridas na ESF em Curitiba caminham para uma consolidação consistente e coerente com os princípios e diretrizes do SUS e aqueles inerentes à própria estratégia. Não se pode deixar de apontar, entretanto, as dificuldades enfrentadas pelas equipes, seja no que se refere aos processos de educação permanente relevante aos propósitos do trabalho em saúde bucal coletiva, sobretudo nos campos interdisciplinares do planejamento e da epidemiologia. Além disto, é fundamental capacitar equipes para o uso consistente de ferramentas para o trabalho com famílias.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, C. M. Visão político-programática da participação da saúde bucal na ESF: a experiência do Paraná. In: MOYSÉS *et al.* **Saúde bucal das famílias - Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p 41.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recupera-

ção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. 1998.

_____. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: portaria de incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife. v. 3, n. 1, p.113-125, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaoBasica.php#saudedafamilia>> Acesso em: 14 de out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. PROESF. Departamento de Atenção Básica, **Expansão e Consolidação Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/ComponenteII.htm>>. Acesso em 14 de out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais**. Brasília, DF, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.219-230, 2000.

CARVALHO, I. G; SANTOS, L. **SUS - comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/ 90 e Lei n. 8.142/ 90)**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.77-83.

- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 9, n.1 6, p.161-77, 2004/2005.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.7-16, 2008.
- CURITIBA. Prefeitura. Secretaria de Saúde. **Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal**. Curitiba, 2004.
- ESCOREL, S. *et al.* The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-76, 2007.
- FACHINI L, A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 669-81, 2006.
- FRANKLIN, A.; SOUSA, M. F. Construção cotidiana - Saúde da Família na prática: os princípios na visão de quem faz. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p.07-29, 2001.
- GABARDO, M. C. L. *et al.* Inequalities in public water supply fluoridation in Brazil: An ecological study. **BMC Oral Health**, London, v. 8, p. 10.1186/1472-68, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)**. Brasília, 1998. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalho-erendimento/pnad98/saude/analise.shtm>>. Acesso em: 23 abr. 2006.
- McWHINNEY, I.R. **Manual de medicina familiar**. Lisboa: InforSalus, 1994.
- MOYSÉS, S. J; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: SILVEIRA FILHO, A. D.; DUCCI, L.; SIMÃO, M. G; GEVAERD, S. P. **Os dizeres da Boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: Cebes, 2002.
- MOYSÉS, S. J. *et al.* Apontamentos para estudos e debates sobre a estratégia Saúde da Família: desafios para os municípios. In: MOYSÉS, S.J. *et al.* **Saúde bucal das famílias - Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p 58-62.
- RONCALLI, A. G. *et al.* Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Rev. Ação Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva**, Brasília, v. 3, p. 9-13, jan./mar., 1999
- RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap. 2. p. 28-49.
- SOUZA, D. S. *et al.* A Inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 07-29, 2001.
- SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-39, 2007.
- STARFIELD, B. Basic concepts in population health and health care. **J Epidemiol Community Health**, London, v. 55, n. 7, p.452-454, July 2001.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de serviços e tecnologia**. Brasília. Brasília :Ministério da Saúde, 2002.
- WAGNER, H. L. *et al.* Bases Conceituais de Trabalho em Saúde da Família. **Rev. Médica Paraná**, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 16-22, 1999.

Submissão: outubro de 2008

Aprovação: dezembro de 2008
