

MELHORIA DO ACESSO À SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Improving access to Oral Health in the Family Health Strategy: a literature review

Heriberto Fiuza Sanchez¹, Simone Carla Braga²

RESUMO

A política de saúde bucal vem enfrentando, ao longo dos anos, o desafio de tornar suas ações e serviços mais acessíveis para a população. A inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família possibilitou um avanço na prática odontológica, principalmente por propiciar a possibilidade de mudança do modelo excludente e tecnicista para um modelo que valoriza o trabalho em equipe, a epidemiologia e a interdisciplinaridade. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura, buscando identificar se as equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família melhoram o acesso aos serviços odontológicos. A revisão foi realizada na BIREME, nas bases BBO, LILACS e SCIELO, por artigos publicados após o ano 2000 e em língua portuguesa. Os resultados encontrados demonstram que as equipes de saúde bucal melhoram o acesso aos serviços de saúde bucal, mas, para que realmente ocorra melhoria no acesso e acessibilidade desses serviços, é necessária uma mudança no modelo assistencial da saúde bucal, no perfil dos profissionais e na vontade política dos gestores.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Bucal.

ABSTRACT

Oral health policy has faced, over the years, the challenge of making its programs and services more accessible to the population. The inclusion of oral health in the Family Health Strategy has enabled a breakthrough in dental practice, mainly because it offers the possibility of changing from the exclusive and technicist model to a model that values teamwork, epidemiology, and interdisciplinarity. Oral health in the Family Health Strategy aims to increase access to programs and services, and improve oral health epidemiological indices and quality of life. The objective of this study was to conduct a literature review in order to identify whether the oral health teams in the Family Health Strategy improve access to dental services. The review was conducted in the BIREME, in the BBO, LILACS, and SciELO databases, for articles published after the year 2000, in Portuguese. The results demonstrate that oral health teams improve access to oral health services, but for improved access and accessibility of these services to actually occur, a change in the oral health care model, the professional's profile, and the political will of management is necessary.

KEYWORDS: Family Health; Access to Health Services; Oral Health.

INTRODUÇÃO

A saúde coletiva vem, ao longo dos anos, enfrentando

o desafio de tornar as ações de saúde um direito básico e acessível a todos.¹ A conferência sobre cuidados primários, realizada em 1978 na União das Repúblicas Socia-

¹ Heriberto Fiuza Sanchez, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON. Faculdade de Medicina - UFMG. Doutor em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da UFMG. E-mail: heribertofsanchez@gmail.com

² Simone Carla Braga, especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON. Faculdade de Medicina - UFMG

listas Soviéticas (URSS), resultou na declaração de Alma-Ata que lançou, como meta mundial a ser alcançada pelos países, a “Saúde para todos no ano 2000”. A conferência enfatizava que os cuidados primários em saúde deveriam ser colocados ao alcance universal dos indivíduos e famílias, o mais próximo possível de suas residências e trabalho, representando o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde. A declaração orientou que todos os países fomentassem políticas e estratégias para sustentar os cuidados primários em saúde.²

No Brasil, a meta para a priorização dos cuidados primários, juntamente com todas as outras aspirações advindas do movimento sanitário, ajudaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios determinam a saúde como um direito ao acesso universal aos bens e serviços de saúde, rompendo com o modelo excludente e fragmentado, privilegiando a integralidade e a equidade através de um sistema hierarquizado, com participação popular nas definições das políticas e programas da área.³

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) que, posteriormente, foi considerado como uma estratégia de expansão e qualificação da atenção primária, incorporando os princípios do SUS, buscando reorientar o modelo assistencial, ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e comunidade.⁴

Mesmo tendo a integralidade como um dos seus princípios, a saúde bucal só foi inserida no PSF no ano de 2000, e um dos fatores que ajudou a sua inclusão foi a divulgação dos dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que mostrava que quase trinta milhões de brasileiros estavam totalmente excluídos da saúde bucal.⁵ A saúde bucal foi incluída no PSF para melhorar o acesso e os índices epidemiológicos, além de reorientar a prática de atenção consoante ao modelo do PSF.⁶ Os dados do PNAD têm apontado uma maior utilização dos serviços odontológicos, mas as barreiras de acesso tanto organizacionais quanto geográficas são ainda um grande entrave.⁷ As equipes de saúde bucal no PSF parecem ter um efeito positivo no acesso aos serviços odontológicos.⁸ Além disso, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam a saúde da família como uma importante estratégia para reorganização da saúde bucal em atenção primária. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relaciona com os usuários e que participa da gestão dos serviços para dar respostas às demandas da população, ampliando o acesso às informações e serviços de saúde, equidade e cidadania, fundamentos importantes e essenciais do SUS.⁹

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura, buscando identificar se a introdução das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família melhora o acesso aos serviços odontológicos. Os resultados deste trabalho poderão sensibilizar os gestores de municípios para que escolham a saúde da família como estratégia de reorientação do modelo de atenção da saúde bucal.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de revisão narrativa, considerada apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Tal tipo de revisão permite adquirir e atualizar o conhecimento sobre determinada temática específica, sendo assim caracterizada pela análise da literatura publicada em artigos em formato impresso e eletrônico.¹⁰

A revisão bibliográfica para a obtenção de dados foi realizada na Biblioteca Virtual Saúde – BVS: <http://saude publica.bvs.br> (BIREME). Foram usadas as bases Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library (SCIELO). Foram usadas também publicações do Ministério da Saúde (portarias e diretrizes) e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES MG). Foram buscados e analisados trabalhos acadêmicos publicados a partir de 2000, ano de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família e em língua portuguesa na forma de artigos científicos. Foram utilizados os unitermos “equipes saúde bucal”, “acesso saúde bucal”, “equipes saúde família”.

Iniciou-se a seleção pela leitura dos títulos e resumos dos trabalhos obtidos. A leitura dos resumos levou em consideração a presença de conteúdo que abordasse a questão da melhoria do acesso à saúde bucal a partir da sua incorporação na estratégia saúde da família. Foram selecionados 12 trabalhos em língua portuguesa, na forma de artigos e documentos oficiais publicados no período de 2000 a 2012.

Os resultados serão apresentados segundo os principais temas obtidos a partir da leitura do material selecionado.

A busca por um modelo de saúde que amplie o acesso e se ajuste às necessidades locais e aos preceitos do SUS é uma preocupação da população e de seus dirigentes. O modelo que mais tem avançado no país é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como meta a ampliação do acesso e qualificação da atenção.¹ A ESF consiste na reformulação do processo de trabalho, inserido nos preceitos do SUS e centrado na vigilância à saúde, aliando ações de promoção, prevenção e reabilitação, tendo a família

como foco da atenção.¹¹ A atual política de saúde bucal tem como um dos seus pressupostos a oferta de ações e serviços de saúde bucal através da inclusão das equipes de saúde bucal na ESF. A portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000 inseriu formalmente os membros da equipe de saúde bucal na ESF e determinou o incentivo financeiro para essas equipes.¹² Esse incentivo gerou uma grande expansão da saúde bucal na ESF, mas não implicou necessariamente na mudança do modelo e melhoria do acesso.¹¹

As Pesquisas Nacionais de Amostras de Domicílios têm demonstrado uma maior utilização dos serviços odontológicos, apesar de ainda persistirem desigualdades importantes no acesso, tais como renda, barreiras geográficas e padrões de cuidado nos municípios.⁷ As desigualdades socioeconômicas são observadas na maioria dos agravos bucais, assim como nos indicadores de acesso e utilização dos serviços odontológicos. Fatores de risco e proteção podem incidir de modos diferentes sobre os estratos sociais, com efeitos benéficos ou deletérios atingindo a população de maneiras diferentes, aumentando as desigualdades em saúde, fatores esses que devem ser reconhecidos por gestores e utilizados na programação e planejamento local em saúde.¹³

Assim, afirma-se que a ampliação das equipes de saúde bucal na ESF é uma das medidas para redução das desigualdades sociais em saúde bucal e que houve uma maior utilização dos serviços odontológicos no período de 2003 a 2008, diminuindo inclusive a proporção de pessoas que nunca foram ao dentista, principalmente entre os mais pobres. A ESF tem um potencial de possibilitar mais acesso em relação ao modelo tradicional, apesar de, por si só, não ser capaz de recuperar os problemas de acessibilidade na atenção primária.⁷ As mudanças em um modelo assistencial dependem, entre outros fatores, do contexto político de organização dos serviços e, principalmente, do envolvimento dos membros da equipe.¹¹

Qualquer mudança no modelo público de assistência odontológica pode ser alcançada se houver clara vontade política e incorporação dos cirurgiões-dentistas ao processo de ações articuladas com a intersetorialidade e equipes multidisciplinares, apesar do modelo de formação vigente no país que define um perfil profissional voltado para a prática individualista, fragmentada e com pouco valor para a saúde coletiva. Mesmo sendo difícil mensurar esse impacto da mudança do modelo nas ações de saúde bucal do PSF, há um evidente progresso do ponto de vista da universalidade.¹

A cobertura populacional pela ESF é um dos elementos constitutivos do acesso, mas não o suficiente para indicar que tenha se ampliado. Desde a criação do incentivo para a implantação das equipes de saúde bucal, houve um

grande crescimento das mesmas no Brasil, mas pouco tem sido feito para monitorar os seus impactos, inclusive para propor novas estratégias para a melhoria do acesso da população aos serviços odontológicos.¹⁴

Com as equipes de saúde bucal na ESF, o impacto em relação ao acesso é positivo quando comparado com áreas não cobertas por unidades de PSF ou PACS, ou quando cobertas por unidades de modelo tradicional. Uma hipótese levantada pelos autores para a ocorrência desse fato é que as equipes de saúde bucal ainda mantêm a prática tradicional com baixo impacto e cobertura ainda pautado na abordagem curativo-reparadora.¹⁵

No entanto outros estudos¹⁶ não encontraram diferenças em relação ao acesso quando compararam os modelos de ESF e unidades tradicionais, mas no modelo de ESF os atendimentos dos dentistas foram duas vezes maiores do que nas unidades básicas tradicionais, o que leva a entender uma maior participação de outros profissionais no processo de saúde, visto que, nas unidades tradicionais, o processo de trabalho é muito centrado na figura do médico. Da mesma maneira, em outro estudo¹⁷ realizado em Campina Grande, Paraíba, não foram encontradas diferenças no acesso aos serviços de saúde bucal entre os residentes em áreas cobertas e não cobertas pela ESF. Refletindo sobre o papel das equipes de saúde bucal na ESF na ampliação do acesso aos serviços de saúde, entenderam que esse menor acesso das áreas cobertas poderia ser explicado pela não adequação da formação profissional, ainda fortemente tecnicista baseada no modelo biomédico e por influências das variáveis renda e idade e direcionamento dos serviços para crianças em idade escolar.

Por outro lado, foi verificado¹⁸ efeito positivo com relação ao acesso quando compararam áreas cobertas e não cobertas pelas equipes de saúde bucal na ESF, apesar de os dados desse estudo demonstrarem que os resultados poderiam ser melhores, principalmente tendo em conta o investimento e a proposta de reversão do modelo. O desempenho das equipes é influenciado pela maneira como são estabelecidas as estratégias de implantação em cada local. A saúde bucal na ESF é uma possibilidade para assistência universal e igualitária, sendo a melhoria do acesso uma das metas a ser alcançada.¹⁹ Nesse estudo¹⁸, constatou-se que havia uma interação satisfatória entre os componentes da equipe de saúde bucal na perspectiva de um modelo de atenção voltado para a promoção da saúde, contemplando a equidade, integralidade e facilitação do acesso aos serviços de saúde bucal.

Foi demonstrado que o acesso à saúde bucal estava relacionado como uma das consequências da inclusão da ESB, assim como a satisfação dos usuários com a equipe e melhoria da qualidade da saúde bucal.²⁰ Outra pesquisa²¹,

realizada em Minas Gerais, demonstrou uma evolução quantitativa das equipes de saúde bucal, principalmente após o aumento dos incentivos financeiros e esse fato possibilitou um maior acesso aos serviços de saúde bucal. Entretanto ocorrem muitas dificuldades na inserção dessas equipes, principalmente devido ao fato de terem sido inseridas tardiamente, pela formação tecnicista dos dentistas e pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo dos profissionais, impedindo-os de interagir com os demais membros da equipe.

Segundo o relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, as condições de saúde bucal e as condições dos dentes são sem dúvida um dos mais significativos sinais de exclusão social e para o seu enfrentamento são necessárias muito mais do que ações assistenciais competentes, mas, antes de tudo, políticas intersetoriais e integração das ações de promoção, prevenção e reabilitação, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e compromisso das três esferas de governo.²²

CONCLUSÕES

A ESF vem, definitivamente, romper com o modelo excludente e tecnicista que vigorou na saúde pública brasileira. Busca promover uma inversão do modelo assistencial e propiciar a formação de novos vínculos e responsabilidades. O usuário sai da posição de objeto passivo para agente modulador e modificador do processo de trabalho e práticas de assistência.

O campo da saúde sempre se moldou aos contextos políticos e sociais das épocas. A saúde bucal, por sua vez, sempre acompanhou as práticas hegemônicas excludentes e pouco resolutivas dos modelos vigentes. No novo contexto social do país, onde trabalhadores da saúde e usuários estão lutando por seus direitos e cidadania, é imperativo que a saúde bucal faça parte efetivamente da ESF. A ESF permite que a odontologia esteja junto aos preceitos do SUS de universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade, além de ser uma das formas de diminuir as iniquidades no campo da saúde. As equipes de saúde bucal apresentam uma clientela adscrita e estão próximas das moradias, trabalhos e realidades da vida dos usuários, permitindo que esses façam parte do sistema.

Apesar de não haver um consenso entre os trabalhos selecionados, há certo entendimento de que as equipes de saúde bucal na ESF aumentam o acesso aos serviços odontológicos, além de contribuir para a integralidade da atenção. O acesso é aumentado pela maior carga horária desses profissionais, além do maior número de procedimentos que essas equipes proporcionam quan-

do comparadas com as de modelo tradicional, além de valorizar a participação de outros profissionais que não sejam médicos.

Os incentivos financeiros têm aumentado consideravelmente o número de equipes de saúde bucal em todo o Brasil e conseqüentemente o acesso, mas os problemas de acessibilidade ainda continuam aliados, muitas vezes, aos contextos políticos e organizacionais dos municípios, além de graves problemas com os recursos humanos das equipes. Para que as equipes de saúde bucal possam, de fato, aumentar o acesso e acessibilidade é necessária uma mudança no modelo de atenção, não só no papel ou nas diretrizes, mas na prática da assistência. Equipes que continuam a trabalhar no mesmo modo das equipes tradicionais não conseguem melhorar o acesso ou os indicadores epidemiológicos e os de qualidade de vida. É necessário que a inclusão das equipes seja feita de maneira integrativa, valorizando o trabalho em equipe, com cursos introdutórios e de educação permanente. A saúde coletiva, antes em segundo plano junto às disciplinas clínicas, deve ser valorizada e reaprendida pelos profissionais. A escolha de um perfil profissional que seja adequado às novas necessidades do modelo é muito importante, além, é claro, da valorização adequada dos profissionais.

Todas essas dificuldades apontadas são realidade em muitos municípios brasileiros. A inclusão tardia das equipes de saúde bucal na ESF provocou uma dificuldade de integração com os outros profissionais das equipes, formalizando a tendência histórica da saúde bucal de isolamento. As coordenações de saúde bucal dos municípios devem tentar promover essa integração através de reuniões com as equipes para poder sensibilizar os profissionais para o trabalho multidisciplinar. O apoio da coordenação de atenção primária é essencial para que haja interesse da equipe e principalmente de mudança no processo de trabalho e nas condições de acesso dos usuários que não conseguem transitar livremente em um sistema que busca ser único e integral. Em face das dificuldades, observa-se que, na verdade, o usuário, muitas vezes, transita em dois sistemas diferentes, como se a boca fosse um estrutura separada do restante do indivíduo e do processo saúde doença.

O perfil profissional é outra grande dificuldade. Muitos dos profissionais que realizam o processo seletivo/concurso público para compor as equipes de saúde bucal não possuem formação voltada para as particularidades da Saúde da Família e nunca trabalharam no SUS, sendo sua prática oriunda de consultórios particulares, trabalhando com especialidades distintas. Esses profissionais buscaram, no serviço público, uma estabilidade profissional e financeira. Dessa maneira, o que pode estar ocorrendo é

o trabalho em um modelo de transição, entre o tradicional e o modelo da ESF. O impacto com relação ao acesso tem melhorado, mas principalmente porque as equipes foram instaladas em áreas com pouca ou nenhuma cobertura do serviço.

A vontade política dos municípios deve ser favorável à implantação das equipes de saúde bucal e deve haver vontade política suficiente para poder ajudar na mudança do modelo de assistência. O interesse maior, por parte da gestão, não deve ser mais relacionado ao número de atendimentos e procedimentos e sim como são realizados esses atendimentos, visando realmente mudanças positivas no binômio saúde-doença.

As práticas de saúde devem ser direcionadas para a integralidade, escuta qualificada, trabalho em equipe, vigilância em saúde e, principalmente, intersetorialidade. Promoção, prevenção e reabilitação devem estar juntas em patamares de importância e sua utilização deve ser direcionada ao contexto das populações e suas necessidades, sempre atentas aos condicionantes e determinantes do processo saúde doença. Somente dessa forma a inclusão da saúde bucal na ESF vai possibilitar aumento do acesso e acessibilidade às ações e serviços de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Bol Saúde*. 2004; 18(1):175-84.
2. Organização Mundial de Saúde. Cuidados primários de saúde. Unicef, 1979. Relatório da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata; URSS 6/12 Set.1978.
3. Koyashiki GAK, Alves-Souza RA, Garanhani ML. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1343-54.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção básica, Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011.
5. Zanetti CHG. Opinião: a inclusão da saúde bucal no PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal: diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília; 2004.
7. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, et al. Características do acesso e utilização de serviços públicos odontológicos em municípios de médio porte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11): 3115-24.
8. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG, et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(3):449-62.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal: diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília; 2004.
10. Bernardo WM, Nobre MRC, Jatene FBA prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Assoc Med Brás*. 2004; 50(1):1-9.
11. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(11):2727-39.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestado nos municípios por meio do programa Saúde da Família. Brasília; 2000.
13. Peres KG. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(2):250-8.
14. Viana IB, Martelli PJJ, Pimentel FC. Análise da evolução das equipes de saúde bucal na Estratégia saúde da Família em Pernambuco, no período de 2001 a 2009. *Int J Dentistry*. 2011; 10(4):242-8.
15. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(5):985-96.

16. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Xavier R. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 13(11):4404-13.

17. Rocha RACP, Góes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família, em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(12):2871-80.

18. 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 Saúde Pública*. 2012; 28(3):449-62.

19. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepção de cirurgiões-dentistas e auxiliares de um município. *Ciênc Odont Brás*. 2007; 10(3):53-60.

20. Emmi DT, Barroso RF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família, no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):35-41.

21. Lourenço EC, Silva ACB, Castro M. A inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(supl.1):1367-77.

22. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40:141-7.

Submissão: outubro/2013

Aprovação: janeiro/2014
