

Inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF)

Gabriel Caixeta FERREIRA¹, Eduardo Domingues AMORIM², Halison Pereira MATIAS³, Juliano Vilela DANDE⁴

Resumo

O Programa Saúde Família (PSF) foi criado em 1994 através do Ministério da Saúde, tendo como objetivo principal priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e alcançar a integridade e a universalidade da atenção. Para que estes objetivos fossem alcançados e houvesse uma melhora no acesso e nas condições de saúde bucal da população brasileira, a Odontologia foi aderida nesse programa em 2000. Passando a ser um novo modelo de atuação sobre os problemas de saúde bucal da população brasileira, proporcionando o acesso, o planejamento e a viabilidade de uma odontologia de qualidade no SUS. O objetivo deste trabalho é relatar sobre a Odontologia no Brasil e a importância da sua inclusão no PSF.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Odontologia comunitária. Sistema Único de Saúde (SUS). Serviços Básicos de Saúde.

^{1,2,3} Acadêmico de Graduação - Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós Graduação Padre Gervásio- INAPÓS - Faculdade de Pouso Alegre-MG.

⁴ Mestre em bioengenharia – UNIVAP-SP, Professor de Anatomia Humana da INAPÓS – Faculdade de Pouso Alegre - MG.

Submetido:18/05/2014 - **Aceito:**29/06/2014

Como citar este artigo: Ferreira GC, Amorim ED, Matias HP, Dande JV. Inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF). R Odontol Planal Cent. 2014Jan-Jun; 4(1):40-44.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: GabrielCaixeta Ferreira
Endereço: R. Adilson Custódio, 710. Colina Santa Bárbara, Pouso Alegre - MG. CEP 37550-000
Telefone: (35) 9808-6874
E-mail: gcaixetaferreira06@hotmail.com

Categoria: Revisão de Literatura
Área: Odontologia em Saúde Coletiva

Introdução

Nas três últimas décadas do século XX a odontologia passou por grandes mudanças, principalmente na sua qualificação, eficiência e capacitação de técnicas mais sofisticadas e práticas para a resolução dos problemas bucais da população¹. Contudo, mesmo com esse avanço, o Brasil chegou ao vigésimo primeiro milênio com uma política de saúde bucal falha e com uma grande porcentagem da sua população, sem acesso aos cuidados clínicos e preventivos adequados. Até 1998 12,5% da população urbana e 32% da rural jamais haviam recebido qualquer tipo de tratamento odontológico².

Algumas melhorias foram alcançadas na saúde bucal através da fluoretação das

águas de abastecimento, mas apenas isto não é suficiente, pois em um país grande e populoso como o Brasil, ainda encontra-se em condições de saúde bucal caótica, sendo apenas 6% de todos os brasileiros que vão regularmente ao dentista, 30% em casos de dores intensas, 64% não indo e metade da população acima de 60 estando completamente eventual³.

A área da saúde também passou por muitas mudanças, sendo a principal foi o SUS (Sistema Único de Saúde) em 1988, tendo por principal intuito de corrigir a prática “hospital-dependente” que desagradava à população e facilitar o acesso às ações e serviços da saúde⁴. Seus princípios são guiados pela integridade, igualdade e justiça e trouxe para a Odontologia brasileira um grande desafio de reformular as suas práticas para assegurar esses princípios⁵.

Em 1994, com a ideia de reestruturar o SUS, foi criado o PSF (Programa Saúde da Família), mas a odontologia não foi inclusa imediatamente neste programa⁶. A Portaria 1.444 foi assinada no dia 28/12/2000 pelo Ministro da Saúde José Serra, tendo por objetivo aumentar o atendimento odontológico no Brasil através da implantação de ações e serviços de saúde bucal e atenção básica⁷.

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo descritivo e analítico de revisão bibliográfica, realizado por meio de pesquisa em livros e artigos indexados nas bases científicas: SciELO, Pubem, MEDLINE e Teses

USP entre os anos 1989 a 2013.

Revisão de literatura e Discussão

Modelos Assistências de Odontologia no Brasil

O sistema de saúde brasileiro tem sofrido rápidas e grandes alterações nas últimas décadas. Entre as décadas de 20 e 40, os serviços odontológicos do Estado eram concedidos apenas nos grandes centros urbanos de livre demanda, com uma má qualidade⁸. Nos anos 50, passou a ser oferecido serviços de curativos para alunos entre 6 e 14 anos, caracterizando o Sistema Incremental, estabelecido pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP)⁹.

Surgindo novas ideias à prática odontológica, como a Odontologia Sanitária ou Social, a Simplificada ou Comunitária, a Integral e recentemente a Coletiva, contudo as ações odontológicas concedidas pelo Ministério da Saúde se limitava apenas a florestação das águas de abastecimento¹⁰. Na década de 70, devido às críticas sobre o padrão tradicional (Sistema Incremental), a Odontologia Simplificada ganhou destaque, alegando que poderia ter um custo menor e maior cobertura¹¹.

Na década de 80, a Odontologia foi ressaltada e citada em fóruns nacionais de debates sobre a situação de saúde no Brasil, através da VII Conferência Nacional de Saúde(CNS)¹². Onde foi examinado o modelo de prática odontológica brasileira e foi proposto procedimentos para a ação governamental em relação à formação de recursos humanos para a área. Neste evento, a Odontologia brasileira foi ressaltada com ineficiente e ineficaz, pois mostrava um caráter mercantilista e monopolista, com um foco de curativos e de baixa cobertura¹³.

No mesmo século, em 1986, a proposta da Reforma Sanitária de uma saúde pública mais democrática. Foi tema principal da VIII Conferência Nacional de Saúde, propondo uma concepção de saúde ampliada, onde foi colocada como resultante na condição de vida, alimentar, lazer, transporte, moradia, emprego, acesso e posse de terra, também como “um direito de todos e descer do Estado”¹⁴.

Nessa conferência foi efetuada a

primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde foi reconfirmado o diagnóstico anterior da saúde bucal do país. Com a promulgação da Constituição Nacional e das leis orgânicas da saúde, a edificação de um Sistema de Saúde que garanta que esse direito também seja de toda a cidadania passou a ter mais perspectiva, determinando uma nova política organizacional para a reforma dos serviços e ações de saúde¹⁵.

Criando assim um importante modelo de saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por objetivo, diminuição das distâncias entre os direitos sociais garantidos pela lei e a capacidade efetiva prestada nos serviços de saúde à população¹⁶. Mas sua efetividade foi estabelecida apenas em 1990, após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, e inúmeras normas (Normas Operacionais Abicas-nos) e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, como utensílios reguladores do sistema⁵.

Desde a Conferência de 1988, passou a ter um objetivo específico e dando um grande salto para tentar corrigir o modelo auxiliar do país, que apenas causava insatisfação da população, por ser caracterizado pela prática “hospital-dependente” (modelo hospitalocêntrico), pelo individualismo, ela aplicação irregular dos recursos tecnológicos oferecido, ela baixa resolubilidade e por práticas de exclusão, mercantis, dicotômicas e lexicalizadoras¹⁷. Diante destas características o SUS teve grandes dificuldades para a sua implantação¹⁶.

O PSF como estratégia de reestruturar o SUS

O modelo auxiliar aplicado no Brasil era o hospitalocêntrico, que tinha por objetivo somente a cura de doenças, o que gerava a aplicação errada dos recursos tecnológicos, uma baixa resolubilidade e a insatisfação dos usufrutuários. Devido a essas circunstâncias, foi criado o Programa Saúde da Família(PSF) com o intuito de priorizar as ações de promoção, proteção e restauração da saúde das pessoas e famílias de forma integral e contínua, com a meta de alcançar a integralidade e universalidade de atenção¹⁸.

A etapa de sua implantação foi à criação do Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS) em 1991. Esse programa foi o

auxílio do estabelecimento do SUS e da Organização de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), porque quando um município fosse aderi-lo, eram necessários vários requisitos, que reorganizava novamente os modelos locais de saúde, adotando, por exemplo, o funcionamento dos conselhos municipais de saúde¹⁹.

A principal meta da criação do PACS foi à diminuição da mortalidade materna e infantil, principalmente regiões mais carentes, como o Norte e Nordeste do país. O Ceará foi o primeiro estado brasileiro a assinar oficialmente esse programa, entre o final da década de 80 e a primeira metade da década de 90. Sendo subseguido pelos estados do Paraná e Mato Grosso do Sul²⁰.

Além do PACS, inúmeras outras experiências internacionais e o Programa Médico de Família foram tidas como base para a implantação do PSF. Esses programas simbolizam a incorporação de uma nova lógica na prestação de serviços, especificamente com relação a atenção primária²¹.

A principal meta da criação do PACS foi a diminuição da mortalidade materna e infantil, principalmente regiões mais carentes, como o Norte e Nordeste do país. O Ceará foi o primeiro estado brasileiro a assinar oficialmente esse programa, entre o final da década de 80 e a primeira metade da década de 90. Sendo subseguido pelos estados do Paraná e Mato Grosso do Sul²².

O PSF é um exemplo de organização dos serviços de atenção da Atenção Primária à Saúde peculiar do SUS, que recomendou uma nova ideia para estruturação dos serviços de saúde, para a relação com a sociedade e entre os variados níveis e complexidade assistenciais. Tem como princípios norteadores a universalidade e integridade da atenção, a igualdade na repartição de recursos e a participação da sociedade²³.

O PSF nos últimos anos tem sido estimado como a maior transformação estrutural executada na saúde pública brasileira, incorporando ações combinadas e sugere a humanizar as práticas de saúde, querendo a satisfação do usufrutuário pelo curto relacionamento dos profissionais com a sociedade e incentivando o reconhecimento da saúde como direito da cidadania e qualidade de vida²⁴.

A incorporação da Odontologia no PSF

No levantamento realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 1998, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), constatou-se que aproximadamente 20 milhões de brasileiros, de um total de 160 milhões, jamais foram ao dentista. Isso simboliza algo em torno de 12,5% de pessoas nunca tiveram acesso a um tratamento odontológico. Ressaltando que na zona rural esse número sobe para 32%¹⁸.

A odontologia foi incluída no PSF pelas Portarias Ministeriais 1.444, no dia 28/12/2000, com objetivo de buscar edificar novos processos de trabalhos regressados para a família, considerando-a uma instituição duradoura nas relações estabelecidas para a sociedade, em que suceda relações pessoais e troca de valores éticos, religiosos e culturais²⁵.

A principal meta da implantação das equipes de saúde bucal no PSF foram promover melhores condições de saúde bucais para a população brasileira, reorientar suas práticas de atenção, calcular os padrões da qualidade e o impacto das ações desenvolvidas e amplificar o acesso coletivo às ações de promoção, cautela e restauração da saúde bucal e conseqüentemente melhorar seus guias epidemiológicos²⁶.

Por causa da odontologia não estar no programa desde o início, isto prejudicou o processo de integralização dos profissionais correlacionados, podendo ter determinado diversas formas no processo de implantação da saúde bucal²⁷.

Considerações Finais

Mesmo a odontologia sendo uma atividade antiga do Brasil, ela sempre fica em segundos planos, pois é muito complexa e envolve grandes custos.

Como estratégia de consolidação do SUS, o PSF foi desenvolvido com o intuito de atualização ao serviço público que provoca o descontentamento da população, devido às práticas de exclusão e hospitalocêntrico. Com a implantação do PSF esperava-se um aumento na acessibilidade de ações e serviços de saúde e que fossem praticados

integralmente.

Pela odontologia não ter sido incluída desde o início no programa, as ações e serviços odontológicos permaneceram passando por problema e o acesso da sociedade a esses serviços continuaram privados. Com a incorporação da odontologia

no PSF, a atenção básica recebeu um complemento essencial e a sociedade recebeu uma nova proposta odontológica, que visa à promoção, precaução e a reconquista da saúde bucal de forma integral e o curto relacionamento entre profissional e o paciente.

Inclusion of Dentistry in the Family Health Program (PSF)

Abstract

The Family Health Program (PSF) was created in 1994 through the Ministry of Health, with the main objective to prioritize the promotion, protection and recovery of health and achieve integrity and universality of attention. For these objectives to be achieved and there was an improvement in access and the oral health status of the population, dentistry has been joined this program in 2000. Going to be a new model of performance on the oral health problems of the population, providing access, planning and the feasibility of a quality dentistry in the NHS. The objective of this paper is to report on dentistry in Brazil and the importance of their inclusion in the PSF.

Descriptors: Family Health Strategy. Community Dentistry. Unified Health System. Basic Health Services.

Referências

1. Silvestre JAC, Chagas MIO, FreitasCASL, Texeira EH. Dez anos de inclusão da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no Brasil: uma revisão da produção científica. *Cadernos ESP, Ceará*. 2012 jan/jun;6(1):65-74.
2. Silva VMTA. Odontologia no Programa Saúde Família: A importância da inclusão das ações de saúde bucal na atenção básica [monografia]. Campos (RJ); 2011.
3. Kriger L. ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
4. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(2):373-82.
5. Oliveira, JLC. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes [tese de doutorado]. Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, São Paulo; 2005.
6. Reis LBM, Franco LLMM, Queiroz MG, Marcelo VC. Análise qualitativa do processo de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família. *Indagatio Didactica*. 2013 out;5(2):961-77.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*; 2000.
8. Zanetti CHC, Lima MAU, Ramos L, et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*. 1996;13:18-35.
9. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):241-6.
10. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
11. Boareto PP. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família (ESP) [Dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
12. Andrade SM, Soares DA, Júnior LC. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Ed. UEL; 2001.
13. Araújo LC. O Programa Saúde da Família pelo olhar do cirurgião-dentista [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
14. Brasil. 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: Ministério da Saúde; 1998.
15. Mendes EV. A organização da saúde no nível local. 1a. ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
16. Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva. Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003.
17. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1993. p.19-91.
18. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):241-246.
19. Faria HP, Coelho IB, Werneck MAF, Santos MA. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. Belo Horizonte; 2008. p.13-32.
20. Viana ALDA, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2005;15(sup):225-64.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF); 1997.
22. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. *Odontologia em saúde coletiva. Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
23. Filho DOC. O cirurgião-dentista no PSF. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva*. 2000;1(2):8.
24. Fadel CB, Sandrini JC, Zardo LN. Avaliação do perfil e grau de satisfação dos usuários dos serviços odontológicos na Estratégia Saúde da Família, na zona rural do município de Castro/PR. *Publ. UEPG CiBiolo Saúde*. 2007 set/dez;13(3/4):59-66.
25. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do

- trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(1):219-27.
26. Campos GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. São Paulo: Hucitec; 1989. p.53-60.
27. Baldani MH, Fadel CB, Passamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005 jul/ago;21(4):1026-35.