

20 Experiências de Sucesso no Sistema Único de Saúde em Saúde Bucal



SUS e Saúde Bucal no Brasil

Por um futuro com
motivos para sorrir

Coordenação:
Fernanda Campos de Almeida Carrer
Gilberto Alfredo Pucca Junior
Maria Ercília de Araujo

Organização:
Dorival Pedroso da Silva
Mariana Gabriel
Mariana Lopes Galante

Faculdade de Odontologia da USP
2019

SUS e Saúde Bucal no Brasil

Por um Futuro com
Motivos para Sorrir

Coordenação:

Fernanda Campos de Almeida Carrer
Gilberto Alfredo Pucca Junior
Maria Ercília de Araujo

Organização:

Dorival Pedroso da Silva
Mariana Gabriel
Mariana Lopes Galante

**Faculdade de Odontologia USP
2019**

Coordenação:

Fernanda Campos de Almeida Carrer
Gilberto Alfredo Pucca Junior
Maria Ercilia de Araujo

Organização:

Dorival Pedroso da Silva
Mariana Gabriel
Mariana Lopes Galante

Editores:

Andrea Carla Melani – UNISA/FOUSP
Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena – UFPE
Dorival Pedroso da Silva – FOUSP
Edson Hilan Gomes de Lucena – UFPE
Fabio Carneiro Martins – FOUSP
Fernanda Campos Almeida Carrer – FOUSP
Gilberto Alfredo Pucca Junior – UNB
Gustavo Hermes Soares – FOUSP
Lívia Guimarães Zina – UFMG
Marcelo Moreira de Jesus – FOUSP
Marcia P. Alves dos Santos – UFRJ/MS
Marco Cornejo Ovalle – Universidade de Chile
Maria de Fátima Nunes – UFG
Maria Ercilia de Araujo – FOUSP
Maria Gabriela Biazevic – FOUSP
Maria Luisa Silveira Souto – FOUSP
Mariana Gabriel – UMC/FOUSP
Mariana Lopes Galante – FOUSP
Maristela Honório Cayetano – FOUSP
Mary Caroline Skelton de Macedo – FOUSP
Nayara Fernanda Pereira – FOUSP
Nilcema Figueiredo – UFPE
Paulo Sávio Angeiras de Goés – UFPE
Rachel Cesar de Almeida Santos – FOUSP
Regina Fátima Feio Barroso – UFPA
Ronald Cavalcanti – UFPE
Roosevelt da Silva Bastos – FOB
Samuel Jorge Moysés – PUCRS
Soraya Leal – UNB
Thiago Machado Ardenghi – UFSM

Apoio e Realização:

Área de Relações Profissionais da Colgate-Palmolive Brasil, por meio de seus
Programas de Educação para Saúde

Projeto Gráfico e Diagramação:

Agência Cadaris

**1ª edição
Ano 2019**

C314 Carrer, Fernanda Campos de Almeida.
SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Maria Ercília de Araújo. [Org.] Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo : Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

167p. : il.

ISBN 978-85-7040-018-5

1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Brasil. I. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. II. Pucca Junior, Gilberto Alfredo. III. Araújo, Maria Ercília. IV. Título

CDD 614.0981

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.



Introdução ao Sistema Único de Saúde e à Política Nacional de Saúde Bucal

11

12

A determinação social da saúde bucal

17

Sistema Único de Saúde: SUS é vida, eu sou SUS

23

Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo

31

A evidência científica informando a tomada de decisão em políticas públicas

35

Observatório Ibero-Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal: Rede Brasil



Experiências Multiprofissionais

39

40

Introdução - Integração de saberes e a colaboração interprofissional

47

Diagnóstico precoce de doenças sistêmicas através de exame bucal e atuação multiprofissional

49

Ações multiprofissionais para gestante na atenção primária à saúde

52

Experiência multiprofissional no tratamento da fissura de lábio e palato no SUS (Goiânia/GO)

56

Saúde bucal integrada ao atendimento sequencial e interdisciplinar para crianças e adolescentes com asma na atenção primária à saúde

61

O cuidado multiprofissional de pessoas com fissura labiopalatina tratadas em uma unidade do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: saúde bucal em foco



Inovação no Cuidado e Clínica Ampliada

69

70

Introdução - Inovação do cuidado e clínica ampliada

80

Serviços odontológicos de urgência no Sistema Único de Saúde: proposições para a construção de uma linha de cuidado à dor de dente

83

Acupuntura na saúde bucal: ensino e prática na saúde pública

87

Projeto Inovação na Produção do Cuidado em Saúde Bucal

90

Abordagem educativa, preventiva e restauradora da cárie precoce na infância: projeto "A Construir Sorrisos"

97

Abordagem centrada na pessoa - Ações de cuidado bucal em escolares de Espacinha, em Nova Russas/CE



Gestão e Planejamento

103

104

Introdução - Princípios do Planejamento em Saúde

117

Software como ferramenta de apoio à gestão local nas ações de saúde bucal para o programa de saúde na escola

121

A política de saúde bucal no município de João Pessoa/PB: uma experiência de expansão, educação permanente em saúde e matriciamento de gestão

125

Reorganização da rede de atenção à saúde bucal no município de Santa Maria/RS

129

Saúde População Negra, da pessoa com doença falciforme e saúde bucal: uma experiência inovadora na área técnica de saúde bucal no estado do Rio de Janeiro

132

Gestão do conhecimento para qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Estado do Paraná: relato de experiência



Relação Ensino-Serviço

135

136

Relação Ensino-Serviço: uma janela de oportunidades de formação no Sistema Único de Saúde

139

Promoção da Saúde do Adulto: experiência de integração ensino-serviço na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

141

Impactos da integração ensino-serviço-comunidade na saúde bucal do município de Santa Maria/RS

144

Projeto de Intervenção dos Acadêmicos de Odontologia na Estratégia de Saúde da Família na Região do Cariri: Relato de Experiência

148

A integração ensino-serviço pela Teleodontologia: a experiência do Telessaúde/ES

152

O uso do Instagram® no processo de avaliação do ensino-aprendizagem em saúde bucal coletiva

157

Mensagem final

1 *Introdução ao Sistema Único de Saúde e à Política Nacional de Saúde Bucal*

1.1 A determinação social da saúde bucal

por

Samuel Jorge Moysés

*Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná;
Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná.*

O que são Determinantes Sociais da Saúde (DSS)?

Sabemos que termos e expressões podem se tornar uma barreira para a compreensão e a comunicação efetiva entre pessoas de diferentes origens e formações, especialmente quando expressam conceitos especializados. Neste capítulo, pretendemos dar uma resposta clara e direta à questão acima formulada, contextualizando a origem dessa expressão e suas diversas aplicações no campo da saúde em geral e da odontologia em particular.

Pessoas leigas ou aquelas que estão iniciando sua formação em alguma área da saúde (medicina, odontologia, enfermagem, etc.) têm relativa familiaridade com o “ambiente clínico” e, por consequência, com muitos termos usados nesse ambiente. Sendo espaços que já frequentamos em nossa formação profissional, ou fomos atendidos em nossas necessidades de saúde, certamente ali já ouvimos termos e expressões como “diagnóstico”, “causa da doença”, “sinais e sintomas”, “medidas preventivas” ou “regimes terapêuticos” – seja em aulas, consultas ou atendimentos em consultórios, ambulatórios, enfermarias e centros cirúrgicos.

Porém, o acrônimo DSS – a usual abreviação de Determinantes Sociais da Saúde – significa todas as coisas, ou situações, ou relações que acontecem em sua maioria “fora do ambiente clínico”. Ainda assim, influenciam de maneira decisiva a saúde (ou o processo saúde/doença) em seres humanos: nossa família, nossos amigos, nosso trabalho, nossa comunidade; ou, ainda, a condição financeira que temos, nossa escolaridade, circunstância de moradia, bairro de residência, como é o ar na nossa cidade; e o que comemos (e bebemos), hábitos cotidianos ou quanta atividade física nós fazemos diariamente.

Quase tudo sobre nossa vida cotidiana pode ser um determinante social quando se trata de saúde e bem-estar. Para a saúde bucal, o processo não é diferente da saúde geral – somente é mais localizado. Nosso sistema estomatognático, nossos dentes e gengivas, também são afetados pelas mesmas condições de vida diária e os ambientes sociais e físicos da sociedade moderna, que influenciam ou condicionam as escolhas, opções, estilos de vida ou “modos de andar a vida” das pessoas¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) se manifesta sobre a questão assim: “Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana”². Ao moldar as condições de vida, os DSS certamente irão influenciar de maneira direta ou indireta nossa situação de saúde.

É preciso reforçar, novamente, que saúde (e o atendimento à saúde) não é apenas o que acontece em uma consulta clínica ou atendimento especializado ou hospitalar. Muitas coisas, incluindo fatores econômicos, físicos e psicológicos na vida de uma pessoa têm uma grande influência no seu estado de saúde. Se você mora em uma cidade com muita poluição do ar, seu coração e pulmões sofrerão essas influências ambientais, podendo significar que você terá rinite, bronquite, asma ou problemas cardíacos. Se você está em uma situação familiar abusiva – violência doméstica, assédio psicológico ou sexual, alcoolismo – sua saúde física

e mental irá sofrer com consequências danosas, tais como depressão e sequelas físicas/emocionais. Se você está submetido a condições de estresse crônico no trabalho, ou busca “conforto” no tabaco e álcool, ou é sedentário e faz uso abusivo de alimentos ultraprocessados e ricos em carboidratos, a sua saúde bucal e geral pode ficar seriamente comprometida com doenças crônicas não transmissíveis, tais como hipertensão, diabetes ou cárie dentária. Esses determinantes, muitas vezes fora do controle do próprio indivíduo e impostos sobre ele a partir de forças externas, também atuam como “Fatores de Risco Comum”(FRC) a várias doenças³. Por outro lado, se esses fatores são positivos, ou seja, são de constituição favorável e contribuem para uma vida cotidiana mais saudável, eles podem ser chamados de “Fatores Protetivos da Saúde”.

A OMS vem defendendo uma abordagem integrada na promoção da saúde humana e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis⁴. O Plano de Ação Global da OMS – Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020 – menciona as doenças bucais como uma das muitas “condições de importância para a saúde pública que estão intimamente associadas a doenças não transmissíveis”⁵. Portanto, a odontologia desempenha um papel importante nesse esforço. A abordagem de FRC permite diagnosticar e enfrentar fatores de risco, que são compartilhados entre condições sistêmicas crônicas e as doenças bucais, fornecendo a base para uma integração mais próxima das atividades de promoção da saúde bucal e geral³. A pesquisa em saúde bucal e a prática clínica odontológica, em busca dessa integração, deveriam incorporar metodicamente os principais DSS – status socioeconômico ou condição de classe social, escolaridade, acesso/uso de bens e serviços, localização geográfica, raça/etnia, gênero e geração, dentre outros – em suas abordagens e intervenções⁶.

Para cumprir sua missão com sucesso, a consideração dos princípios da Odontologia Baseada em Evidências Científicas (OBE) é um pré-requisito. As estratégias para desenvolvimento de competências para o uso de OBE ainda são limitadas, devido à complexidade associada à aquisição desses conhecimentos, desde a graduação, e dos comportamentos de “boas práticas” efetivamente incorporados na vida profissional⁷. No entanto, essas novas competências exigidas e inovações no ensino/serviço oferecem à odontologia a oportunidade de refletir criticamente sobre sua orientação atual e futura⁸.

É bastante provável que profissionais bem treinados, com formação científica sólida (ciências biológicas e sociais) e competências técnicas adquiridas em carreiras bem conduzidas, percebam nos primeiros exames e interações com seus “pacientes” quais os determinantes sociais que estão influenciando sua saúde. Talvez, um dos primeiros “diagnósticos” seja que as desigualdades (ou iniquidades) de renda, moradia, escolaridade ou acesso a serviços sejam fortes determinantes para um problema ou um conjunto de problemas de saúde que a pessoa apresenta. O diagnóstico das iniquidades sociais refletidas em saúde geral e bucal, portanto, significa o reconhecimento de “diferenças” específicas de saúde da população na prevalência de doenças, ou acesso a cuidados de saúde, particularmente aquelas diferenças que são “evitáveis e injustas”, quando consideradas à luz da justiça social, da ética e dos direitos humanos⁹.

Porém, o combate à iniquidade, ou seja, a promoção da equidade não pode significar apenas “- eu tenho acesso a um médico ou a um dentista!” – ou, ainda, acesso a outros profissionais ou serviço de saúde. Deve significar que tais profissionais ou serviços conseguem honrar o cuidado que será oferecido, ou seja, diagnosticar e contextualizar cada situação pessoal e metas de tratamento, independentemente da condição social, ou econômica, ou de etnia/gênero/geração. Embora um progresso considerável tenha sido feito no combate ao isolamento e compartimentalização da saúde bucal, dentro das profissões de saúde, a ação futura no combate às iniquidades na saúde bucal requer uma reorientação integradora da política de saúde bucal, conectando-a no contexto da saúde geral¹⁰.

A ação sobre os DSS é necessária para reduzir as iniquidades na saúde, sendo realizada em termos de compromissos e estratégias. Aparentemente, existe apoio generalizado a uma abordagem sobre os DSS

em todo o mundo, desde um compromisso político global manifestado por órgãos como a OMS, até instituições nacionais e locais, dentro de cada país, como Ministérios e secretarias/serviços de saúde. Iniquidades nas condições em que as pessoas nascem, vivem e trabalham – assim como fragilidades específicas como idade, raça/etnia, gênero, ou deficiências que debilitam as pessoas e suas famílias – são potencializadas por desigualdades relativas à poder, dinheiro, acesso a informação e recursos sociais/culturais (considerados “motores” dinâmicos da vida em sociedade). O acesso a esses “motores” é feito predominantemente fora do setor da saúde. Uma abordagem de “Saúde em Todas as Políticas”, nos governos locais e nacionais/internacionais, pode de alguma maneira assegurar melhor distribuição social dos benefícios que impactam positivamente os DSS¹¹.

Do ponto de vista clínico, epidemiológico e econômico, sabe-se que os DSS que produzem iniquidades em saúde também afetam marcadamente a prevalência das duas principais doenças abordadas pela odontologia: cárie dental e doença periodontal. Os custos diretos do tratamento devido a doenças bucais em todo o mundo são estimados, em gastos atualizados para 2010, em US\$ 298 bilhões anuais, correspondendo a uma média de 4,6% dos gastos globais com saúde¹². Os custos indiretos (faltas ao trabalho/escola, perda de produtividade) somaram US\$ 144 bilhões anuais. Os resultados sugerem que o impacto econômico global totalizou US\$ 442 bilhões em 2010.

Embora a evidência científica ainda tenha que ser melhorada, há muitos estudos que demonstram a influência dos DSS e a associação entre iniquidades sociais e cárie dental. Os estudos que melhor sintetizam essas evidências são as revisões sistemáticas da literatura. Uma dessas revisões demonstra que embora seja a doença bucal mais prevalente em todo o mundo, a maioria das lesões de cárie está concentrada em grupos sociais vivendo em condições materiais e sociais de pobreza relativa ou absoluta. Em 155 estudos avaliados, com um total de 329.798 indivíduos incluídos, 83 estudos encontraram que medidas de prevalência de cárie são significativamente maiores em grupos com baixa condição socioeconômica, enquanto apenas três estudos encontraram o resultado contrário – e os demais não relatam associações estatisticamente significantes¹³.

Igualmente, para doença periodontal, uma revisão sistemática demonstrou que seis dos oito artigos avaliados relataram que a baixa condição socioeconômica no início da vida estava associada à pior saúde periodontal na vida adulta¹⁴. Sabidamente, cárie e doença periodontal podem conduzir ao desfecho final da perda dental. Também, neste caso, estudos demonstram que pessoas de menores níveis de renda apresentaram maior chance de perda dentária¹⁵.

Olhar o problema dos DSS e das iniquidades em saúde, sob uma perspectiva internacional e brasileira, pode ajudar a compreender sua complexidade e caminhos para buscar soluções. Na “Declaração do Rio de Janeiro 2011 sobre Determinantes Sociais da Saúde”, a Organização Mundial da Saúde e seus Estados-Membros prometeram medidas em cinco áreas cruciais para abordar as iniquidades, que influenciam os DSS. Suas promessas referiam-se a (1) melhor direção para o desenvolvimento econômico e social, com um olhar para seus impactos na saúde, (2) maior participação social na formulação de políticas e sua efetiva implementação, (3) maior reorientação do setor da saúde para reduzir as iniquidades, (4) fortalecimento da governança global e colaboração entre setores governamentais e da sociedade civil, e (5) monitoramento do progresso e aumento da responsabilidade de todos os envolvidos, especialmente governos¹⁶.

Um exemplo internacional será ilustrativo de como a questão dos DSS vem sendo abordada. Em países como o Canadá há uma crescente literatura sobre saúde bucal e DSS. Lá são ofertados serviços de saúde física e mental em bases universais com financiamento público, mas isto não é feito para atendimento odontológico. Há uma preocupação especial sobre as razões por trás disso e os efeitos negativos para a população, especialmente aquela mais vulnerável, da ausência de atendimento odontológico financiado publicamente. As afinidades entre os DSS na área de saúde bucal e os determinantes sociais mais amplos

sugerem a importância de estabelecer uma agenda comum de pesquisa e ação em todas as áreas integradas da saúde humana. Isso envolveria pesquisa colaborativa e esforços conjuntos de defesa de políticas para melhorar as condições de vida e de trabalho como meio de alcançar a saúde para todos¹⁷.

Dados sobre adultos analisados em 52 países que participaram da Pesquisa Mundial de Saúde de 2002-2004 apontaram que a proporção de indivíduos que receberam cuidados de um dentista nos 12 meses anteriores à pesquisa é maior para pessoas com maior poder econômico, na maioria dos países, embora os países de renda mais baixa tenham apresentado maiores níveis de desigualdade, revelando que pessoas mais pobres receberam menor cobertura odontológica. Para alcançar cobertura universal em saúde bucal, intervenções relevantes devem atingir os grupos populacionais mais pobres¹⁸.

Ainda no âmbito internacional, a Comissão da American Dental Education Association sobre “Mudança e Inovação em Educação Odontológica” está discutindo um caminho para trazer mudanças nos currículos odontológicos para incluir treinamento em DSS e prática baseada em evidências, por meio de três objetivos: 1) priorizar o cuidado centrado na pessoa, 2) formar graduandos competentes para o futuro profissional, antecipando nos ciclos formativos os contextos reais de vida das pessoas e seus respectivos determinantes, e 3) utilizar ambientes/contextos de aprendizagem transformadores. Além dos três objetivos, a referida Comissão propôs cinco domínios – tecnologia, educação, demografia, saúde e meio ambiente – que podem funcionar como mapas para as escolas de odontologia navegarem em suas jornadas de mudança¹.

No Brasil, uma revisão sistemática da literatura incluindo estudos que foram publicados entre 1975 e 2016, evidencia que os DSS mais frequentes associados a doenças bucais foram escolaridade, renda e status socioeconômico. Os resultados sustentam que as regiões com maiores proporções de pessoas com baixo status socioeconômico estão associadas, por exemplo, a uma maior gravidade na prevalência de cárie¹⁹. Esta revisão reforça a visão de que a situação de saúde bucal está diretamente relacionada à posição socioeconômica em quase todas as populações. A principal prioridade das intervenções odontológicas é que elas sejam integradas de forma colaborativa e possibilitem pesquisas e políticas que abordem os principais determinantes sociais das doenças bucais¹⁰.

Buscando essa integração e enfrentamento dos DSS, a política nacional de saúde bucal, também conhecida como “Brasil Sorridente”, implementada a partir de 2004, foi apontada como uma das quatro áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. No entanto, salienta-se que este é um processo em construção e que tal política precisa ser ampliada, refinada e solidificada para que, ao longo do tempo e através de mudanças nos partidos políticos no poder, o Brasil Sorridente prevaleça²⁰. Ao oferecer uma extensa rede de atenção primária e atenção especializada, de forma estruturada em todas as regiões do Brasil, com financiamento público e cobertura gratuita, o Brasil Sorridente nos colocou à frente de muitos países desenvolvidos, mas também com enormes desafios. O combate as iniquidades regionais e locais, o atendimento prioritário para populações vulneráveis, a busca constante de integralidade de ações e programas, a luta por financiamento suficiente e contínuo e por atendimento digno às pessoas – tudo isso traz grande carga de responsabilidade política, compromisso com resultados epidemiológicos positivos e necessária eficiência de gestão²¹⁻²³.

De todo modo, o Brasil já mostrou ao mundo um grande êxito com suas políticas relativas à integração da saúde bucal na atenção primária, orientadas para a abordagem dos DSS e fatores de risco comuns e para os processos de coordenação do cuidado. Os resultados podem ser considerados como um primeiro passo no desenvolvimento de políticas de atenção à saúde que apoiem práticas colaborativas e cuidados centrados no paciente no campo do setor de atenção primária²⁴.

Para concluir, com base na definição de DSS e a contextualização de sua aplicação, defende-se neste capítulo o cuidado da pessoa humana a partir de uma perspectiva generosa e integrada, incorporando não

apenas a história médica e odontológica do paciente, mas também a história psicossocial²⁵. Os profissionais devem ser formados para desenvolver habilidades, competências e valores de modo a fornecer esse estilo de cuidado por meio da educação inclusiva, compassiva, humanizada, resolutiva e, quando necessário, interprofissional.

Um componente central dessa educação profissional deve incorporar os DSS em todas as etapas do atendimento, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento propriamente dito nas linhas de cuidado que se façam necessárias, até o pós-atendimento. A educação sobre os determinantes sociais da saúde deve ser elaborada em todo o currículo odontológico, incluindo oportunidades de aplicação prática, como elementos de competência, em vários cenários de aprendizado – a clínica intracampus, os estágios curriculares em postos de saúde, ou outros equipamentos sociais e comunitários. Essa educação deve se estender às situações de atendimento à pessoa humana, considerando sua família e contexto de vida, em vez de se limitar a configurações didáticas que “silenciam” as suas vozes e tornam “invisíveis” as condições de vida que as tornam doentes. Sobretudo, formar profissionais com “valores” éticos e sociais, em defesa da democracia e de melhores condições de vida para todos.

Pois, afinal, de que adianta atender as pessoas e tratar de suas queixas e problemas de saúde, para depois devolvê-las às mesmas condições que as adoeceram?

Referências

1. Tiwari T. Social Determinants of Health: An Essential Element in Dental Education. J Dent Educ. 2018 Mar;82(3):235-6.
2. WHO, World Health Organization. What are the social determinants of health? Journal [serial on the Internet]. 2018 Date.
3. Watt RG. Social determinants of oral health inequalities: implications for action. Community Dent Oral Epidemiol. 2012 Oct;40 Suppl 2:44-8.
4. Varenne B. Integrating Oral Health with Non-Communicable Diseases as an Essential Component of General Health: WHO's Strategic Orientation for the African Region. J Dent Educ. 2015 May;79(5 Suppl):S32-7.
5. WHO, World Health Organization. WHO recognizes oral diseases in action plan for noncommunicable diseases. J Can Dent Assoc. 2013;79:d113.
6. Luis Schwab G, Tetu Moyses S, Helena Sottile Franca B, Iani Werneck R, Frank E, Jorge Moyses S. Chronic conditions policies: oral health, a felt absence. Int Dent J. 2014 Apr;64(2):83-8.
7. Marshall TA, Straub-Morarend CL, Guzman-Armstrong S, McKernan SC, Marchini L, Handoo NQ, et al. An approach on defining competency in evidence-based dentistry. Eur J Dent Educ. 2018 Feb;22(1):e107-e15.
8. Benzian H, Bergman M, Cohen LK, Hobdell M, Mackay J. The UN High-level Meeting on Prevention and Control of Non-communicable Diseases and its significance for oral health worldwide. J Public Health Dent. 2012 Spring;72(2):91-3.
9. Watt RG, Mathur MR, Aida J, Bonecker M, Venturelli R, Gansky SA. Oral Health Disparities in Children: A Canary in the Coalmine? Pediatr Clin North Am. 2018 Oct;65(5):965-79.
10. Moyses SJ. Inequalities in oral health and oral health promotion. Braz Oral Res. 2012;26 Suppl 1:86-93.
11. Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. BMJ Glob Health. 2018;3(Suppl 1):e000603.
12. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. J Dent Res. 2015 Oct;94(10):1355-61.
13. Schwendicke F, Dorfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. J Dent Res. 2015 Jan;94(1):10-8.
14. Schuch HS, Peres KG, Singh A, Peres MA, Do LG. Socioeconomic position during life and periodontitis in adulthood: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol. 2017 Jun;45(3):201-8.
15. Seerig LM, Nascimento GG, Peres MA, Horta BL, Demarco FF. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. J Dent. 2015 Sep;43(9):1051-9.
16. WHO, World Health Organization. Towards a global monitoring system for implementing the Rio Political Declaration on Social

Determinants of Health: developing a core set of indicators for government action on the social determinants of health to improve health equity. Int J Equity Health. 2018 Sep 5;17(1):136.

17. Raphael D. Narrative review of affinities and differences between the social determinants of oral and general health in Canada: establishing a common agenda. J Public Health (Oxf). 2018 Aug 28.
18. Hosseinpoor AR, Itani L, Petersen PE. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey. J Dent Res. 2012 Mar;91(3):275-81.
19. Costa SM, Martins CC, Pinto MQC, Vasconcelos M, Abreu M. Socioeconomic Factors and Caries in People between 19 and 60 Years of Age: An Update of a Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Int J Environ Res Public Health. 2018 Aug 18;15(8).
20. Pucca GA, Jr., Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. J Dent Res. 2015 Oct;94(10):1333-7.
21. Nascimento AC, Moyses ST, Werneck RI, Moyses SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. Int Dent J. 2013 Oct;63(5):237-43.
22. Pucca Junior GA, Lucena EH, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. Braz Oral Res. 2010;24 Suppl 1:26-32.
23. Chaves SC. Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models. Braz Oral Res. 2012;26 Suppl 1:71-80.
24. Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, Esfandiari S, Voyer R, Charbonneau A, et al. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. BMC Oral Health. 2018 Feb 15;18(1):23.
25. Sabato E, Owens J, Mauro AM, Findley P, Lamba S, Fenesy K. Integrating Social Determinants of Health into Dental Curricula: An Interprofessional Approach. J Dent Educ. 2018 Mar;82(3):237-45.

1.2 Sistema Único de Saúde: SUS é vida, eu sou SUS

“Um herói é um indivíduo comum que encontra a força para perseverar e resistir apesar dos obstáculos devastadores.”

Christopher Reeve

por

Maria Ercília de Araujo

Professora Titular Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção de Saúde- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e coordenadora do Observatório de Recursos Humanos em Odontologia (OBSERVARHODONTO).

Mariana Lopes Galante

Pós-graduando do Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pesquisadora do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Maristela Vilas Boas Fratucci

Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pesquisadora do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Professora Doutora do Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção da Saúde - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e membro fundador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Antônio Carlos Frias

Professor Livre Docente do Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Saúde Bucal Coletiva - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pesquisador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Professora Doutora- Universidade Federal de Maranhão Professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFMA), Odontologia (UFMA) e Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ).

Gilberto Alfredo Pucca Junior

Professor Adjunto do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília membro fundador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores do mundo com acesso universal a serviços e ações de saúde. Este está assegurado na Constituição Brasileira como condição de cidadania, fruto do Movimento da Reforma Sanitária. O SUS distingue o desenvolvimento social do Brasil atual e dignifica a todas e todos os brasileiros¹.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro, garantido pela Constituição Federal de 1988 (CF-88) que estabelece que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” e regulamentado pela Lei nº. 8.080/1990². O SUS é financiado com os impostos do cidadão – ou seja, com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social³.

No período anterior à CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas. Para que o acesso à assistência de saúde de qualidade não ficasse restrita ao modelo privado ou a saúde complementar (Planos de Saúde) foi criado o SUS, cujo sistema está em constante processo de construção e fortalecimento⁴.

Assim, o SUS passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia cerca de 75% dos brasileiros, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde; desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Mas abarca toda a população com ações de promoção e prevenção da saúde, pois, paralelamente à realização de consultas, exames e internações, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos^{5,6}.

Afora da democratização da saúde (antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade), a implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país. Até então, a saúde representava apenas um quadro de “não-doença”, fazendo com que os esforços e políticas implementadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Com o SUS, a atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida. A saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas.

Dessa maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser

solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios.

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações como serviços de saúde. Ela engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal o Sistema Único de Saúde tem como funções principais:

- Controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias relativas à saúde;
- Fazer ações de vigilância sanitária, controle de epidemias e de cuidados com a saúde do trabalhador;
- Participação na produção de remédios, equipamentos e outros produtos ligados à saúde;
- Organização da formação de recursos humanos na área de saúde, como médicos, enfermeiros e outros profissionais;
- Participação na elaboração de políticas e planos de execução de ações de saneamento básico;
- Usar os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde;
- Fazer a fiscalização e a inspeção de alimentos e o controle nutricional;
- Controle e fiscalização da produção, transporte, armazenamento e uso de substâncias psicoativas, tóxicas e radioativas; e
- Colaborar na proteção do meio ambiente e do ambiente de trabalho.

Se você quiser saber mais sobre este patrimônio dos brasileiros e brasileiras acesse:

https://www.youtube.com/watch?v=_GKse_BCAWU

<https://www.youtube.com/watch?v=PzVxQkNyqLs>

Princípios e diretrizes do SUS

O Sistema Único de Saúde é regido por alguns princípios e diretrizes que são: universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular. Veja o que cada um significa:

Princípios do SUS

Universalização	Integralidade	Equidade
<ul style="list-style-type: none">• A universalização significa que o acesso a um serviço de saúde pública de boa qualidade é um direito que deve ser garantido a todas as pessoas. Além disso a universalização significa que é uma obrigação do Estado, através dos seus governos, garantir e prestar os serviços de atendimento médico.	<ul style="list-style-type: none">• A integralidade tem dois aspectos. O primeiro é necessidade de que o paciente seja visto como um todo e que receba um atendimento que leve em conta diversos aspectos. Também inclui a prevenção e o tratamento de doenças.• O segundo aspecto da integralidade é relativo ao trabalho conjunto de vários setores para a construção de políticas públicas que melhorem a saúde e as condições de vida dos cidadãos.	<ul style="list-style-type: none">• Equidade tem o objetivo de diminuir a desigualdade entre as pessoas atendidas. Para isso é preciso que os atendimentos sejam mais personalizados e que os pacientes sejam atendidos conforme as suas necessidades específicas. A equidade também prevê que não existam discriminações de nenhum tipo nos atendimentos.

Princípios Organizativos

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Estrutura do SUS

O SUS atende todo o país. Por isso é formado por vários órgãos em todas as esferas (federal, estadual e municipal) que têm funções diferentes e que garantem que o Sistema funcione.

Veja quais são:

Ministério da Saúde

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de

saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

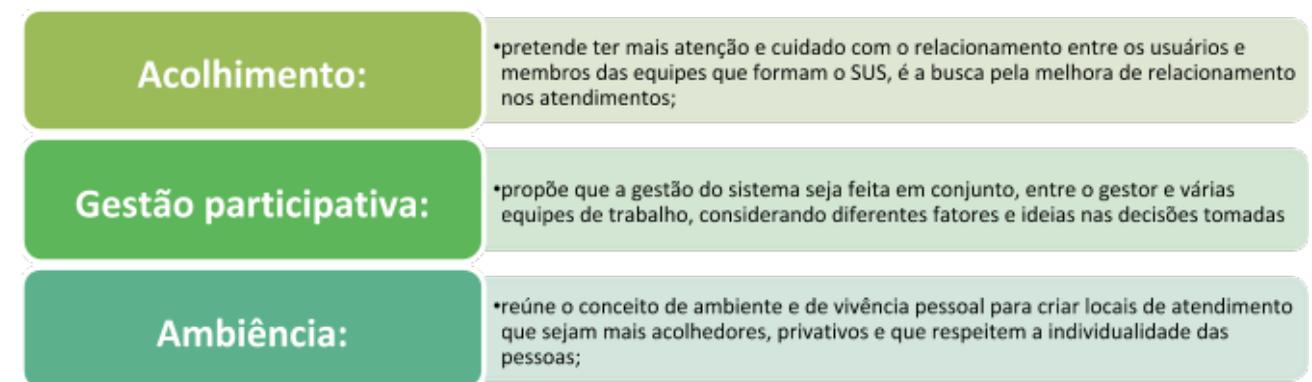
São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

Humaniza SUS

O HumanizaSUS é a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde. Tem como objetivo melhorar o funcionamento do SUS⁷.

O objetivo da Política é colocar em prática os princípios do SUS, que devem fazer partes de todos os programas e políticas de saúde.

São princípios do HumanizaSUS:



Clínica ampliada e compartilhada:

•tem o objetivo de observar o paciente de um modo geral, levando em conta seus aspectos sociais e culturais. O atendimento também não deve ficar restrito apenas a uma especialidade médica, deve ser feito um atendimento global do paciente;

Valorização do trabalho e do trabalhador:

•criação de programas que melhorem as condições de saúde do trabalhador e dos locais de trabalho a partir de debates e da escuta das necessidades dos profissionais;

Defesa dos direitos dos usuários do SUS:

•tem o objetivo de fazer com que o usuário do SUS conheça quais os direitos de saúde são garantidos por lei, para que possa cobrá-los sempre que for necessário.

Considerações finais

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: milhões de pessoas são atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios bem como equipes de Saúde de Família. São bilhões de procedimentos ambulatoriais, consultas, internações, atendimentos odontológicos, exames laboratoriais, milhões de vacinas, transplantes, milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado de aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 1980, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas⁸. Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e o funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e o funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social⁸.

O SUS contribuiu para melhorar os indicadores de saúde da população e reduzir as desigualdades na distribuição e acesso dos recursos de saúde em todo o país. A expectativa de vida ao nascer dos brasileiros aumentou aproximadamente nove anos, a taxa de mortalidade materna foi reduzida pela metade e a taxa de mortalidade infantil caiu mais de 70%.

Entretanto, para o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS, considerando as principais conquistas e as experiências de sucesso, assim como as limitações e os desafios que atualmente são enfrentados e aqueles que, previsivelmente, deverão ser encarados nos próximos anos. Somos cientes que um SUS forte é vital para seguir o rumo para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Temos absoluta certeza que um SUS que se movimenta impactará toda a sociedade brasileira

Estimular e promover o acesso e a cobertura universal à saúde é um dos principais objetivos do SUS. Há um conjunto de evidências que demonstram que para a garantia da sua sustentabilidade, os sistemas de saúde necessitam ter uma Atenção Primária Saúde (APS) forte e resolutiva. Estudos mostram que, quanto mais eficiente a atenção primária, maior será a eficiência da atenção especializada.

No Brasil, a APS já se mostrou indispensável para a operacionalização e a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2011, a APS brasileira alcançou cobertura de mais da metade da população brasileira, reduziu a mortalidade infantil e as internações por condições sensíveis e possibilitou

a ampliação do acesso a serviços de saúde para populações vulneráveis do ponto de vista social e sanitário

Crises de naturezas diversas nos últimos anos estão começando a trazer consequências negativas na saúde da população do Brasil, sobretudo nas camadas mais vulneráveis. Os repiques da mortalidade infantil e materna em 2016, após anos de queda ininterrupta; a redução da cobertura vacinal para algumas enfermidades imunopreveníveis; os surtos de febre amarela e sarampo; e o aumento da incidência de doenças transmissíveis como a malária e a sífilis congênita, são alertas sobre as vulnerabilidades pela qual passa o sistema de saúde. Assim faz-se necessário o fortalecimento do SUS e o alcance dos objetivos de saúde do país dependem do enfrentamento de lacunas e desequilíbrios tanto no campo da formação profissional em saúde, alocação e gestão dos trabalhadores no sistema de saúde como no financiamento do sistema.

Sem um Sistema de Saúde integrado e organizado as iniquidades sociais e regionais se ampliarão: SUS é vida, eu sou SUS.

Referências

1. OMS, Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030. 2018
2. BRASIL, 1988. Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90
3. CARRER, F.C.A & PUCCA JUNIOR G.A. Sistema Único de Saúde. IN: 2. Observatório ibero-americano de políticas públicas em saúde bucal: construindo um bloco por mais saúde bucal / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer e Gilberto Alfredo Pucca Junior: [Org.] Dorival Pedrosa da Silva [et al.] – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2018, 118 p.
4. PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet 2011; 377(9779):1778-1797
5. NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n. 2, p. 251-64, 2000.
6. NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto, In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 295-315.
7. HUMANIZA SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 200

1.3 Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida.”
Sócrates

por

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Professora Doutora do Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção da Saúde - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e membro fundador do

Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Mariana Lopes Galante

Pós-graduando do Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pesquisadora do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Fábio Carneiro Martins

Pós-graduando do Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pesquisador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Rafael Gomes Ditterich

Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Líder do grupo de pesquisa: Política, Avaliação e Gestão em Saúde (PAGS) e pesquisador do Observatório

Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Antônio Carlos Frias

Professor Livre Docente do Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Saúde Bucal Coletiva - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pesquisador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Mariana Gabriel

Pós-doutoranda do Departamento de Odontologia Social - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e professora do curso de Odontologia da Universidade de Mogi das Cruzes.

Maristela Vilas Boas Fratucci

Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pesquisadora do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Maria Ercília de Araujo

Professora Titular Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção de Saúde- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e coordenadora do Observatório de Recursos Humanos em Odontologia (OBSERVARhODONTO).

Gilberto Alfredo Pucca Junior

Professor Adjunto do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília membro fundador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Introdução

Como vimos no capítulo anterior “Sistema Único de Saúde: SUS é vida, eu sou SUS”, o Brasil avançou muito quando incluiu um sistema universal, público e gratuito em sua Constituição, em 1988¹. Até os dias atuais é possível observar vitórias e muitos desafios que precisam ser superados, se desejamos, um dia, que o SUS Constitucional se transforme no SUS real.

Um dos princípios doutrinários do SUS é a integralidade, que norteia a definição de políticas e programas capazes de responder às demandas e as necessidades da população, no que diz respeito ao acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado. Se concordamos que a Integralidade é uma premissa da qual não podemos abrir mão, temos que incluir a saúde bucal como parte integrante e inseparável do cuidado em saúde.

Um dos avanços que merecem destaque no cenário do cuidado integral no SUS foi a inserção da saúde bucal, ainda que tardia, por meio de uma política específica, articulada e com financiamento considerável, chamada “Brasil Sorridente” (Política Nacional de Saúde Bucal)². Em 2004, quando o Brasil Sorridente foi criado,

o governo federal assumiu um importante papel de indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados, criando linhas de financiamento específicos para criação de novas equipes de saúde bucal (eSB), para construção e implantação de Centros de atenção secundária e terciária dentre outras ações, que fizeram do Brasil Sorridente a maior política pública de saúde bucal do mundo³.

Essa nova proposta da odontologia, inserida e articulada no SUS, também impôs aos profissionais e ao sistema novos modelos de cuidado. A odontologia é historicamente uma profissão que atua no setor privado, em um modelo individual e prioritariamente curativista. No entanto, com essa nova demanda, foi necessário “desprogramar” essa prática e incorporar ações que fortalecesse o coletivo, a atenção primária e sobretudo trabalhar em uma perspectiva de redes de atenção à saúde, com vistas ao fortalecimento e à expansão do Brasil Sorridente: a maior política pública de saúde bucal do mundo!

O Brasil Sorridente e a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Brasil

Inúmeras condições de saúde bucal são reconhecidas como problemas de saúde coletiva em função de sua prevalência, gravidade, impacto individual e comunitário, no qual resultam ao sistema de saúde o desenvolvimento de métodos efetivos e eficazes de prevenção e tratamento destes agravos^{4,5}.

No Brasil, a saúde bucal tem sido apontada como um dos motivos mais relevantes para demanda por cuidados de saúde. Dessa forma, a população permanece continuamente exposta aos fatores de risco e de proteção, que podem incidir de modo desigual sobre os estratos sociais, provocando iniquidades em saúde bucal.

Entretanto, durante muito tempo as necessidades dos cidadãos perduraram e foram vistas em serviços de saúde fragmentados no Brasil, organizados preferencialmente à assistência bucal às condições agudas, com procedimentos de conduta em contatos rápidos e esporádicos, em detrimento da atenção às condições crônicas³.

Dentro dessa configuração o Brasil Sorridente surge de uma janela de oportunidades política e do movimento de diferentes atores, para romper com até então modelo hegemônico. Neste mesmo período, também emerge o processo de discussão e planejamento das redes de atenção à saúde (RAS) com a finalidade de proporcionar o dimensionamento dos serviços de saúde a partir do reconhecimento das necessidades da população e da integralidade do cuidado, trazendo a importância do fortalecimento da atenção primária e da articulação com os demais pontos de atenção.

No campo da saúde bucal, a organização dos sistemas sob a lógica de RAS se mostra favorecida pelo desenho Política Nacional de Saúde Bucal que fortalecia os princípios do cuidado, da equidade e da integralidade. Sobre o ponto de vista da RAS, o Brasil Sorridente (*Figura 1*) direcionou a ampliação no acesso da população à atenção à saúde bucal, em diversos eixos estratégicos e pontos de atenção: na vigilância em saúde bucal (sanitária, epidemiológica, ambiental), na ampliação de sistemas de fluoretação de água, na expansão da oferta de serviços da Atenção Primária à saúde (APS), na criação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e na implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs), na inovação referente à estruturação de Centros/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON)⁶.

Destaca-se também a atuação do Brasil Sorridente de forma transversal em programas intra e interministeriais com reflexo em nível local/regional, tais como a “Rede Cegonha”, “Brasil sem Miséria”, dentre outros (*Figura 2*)⁷.

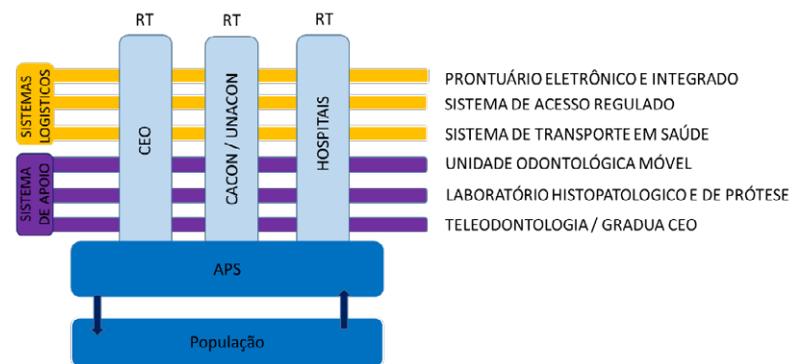


Figura 1. Rede de Saúde bucal – Brasil Sorridente.

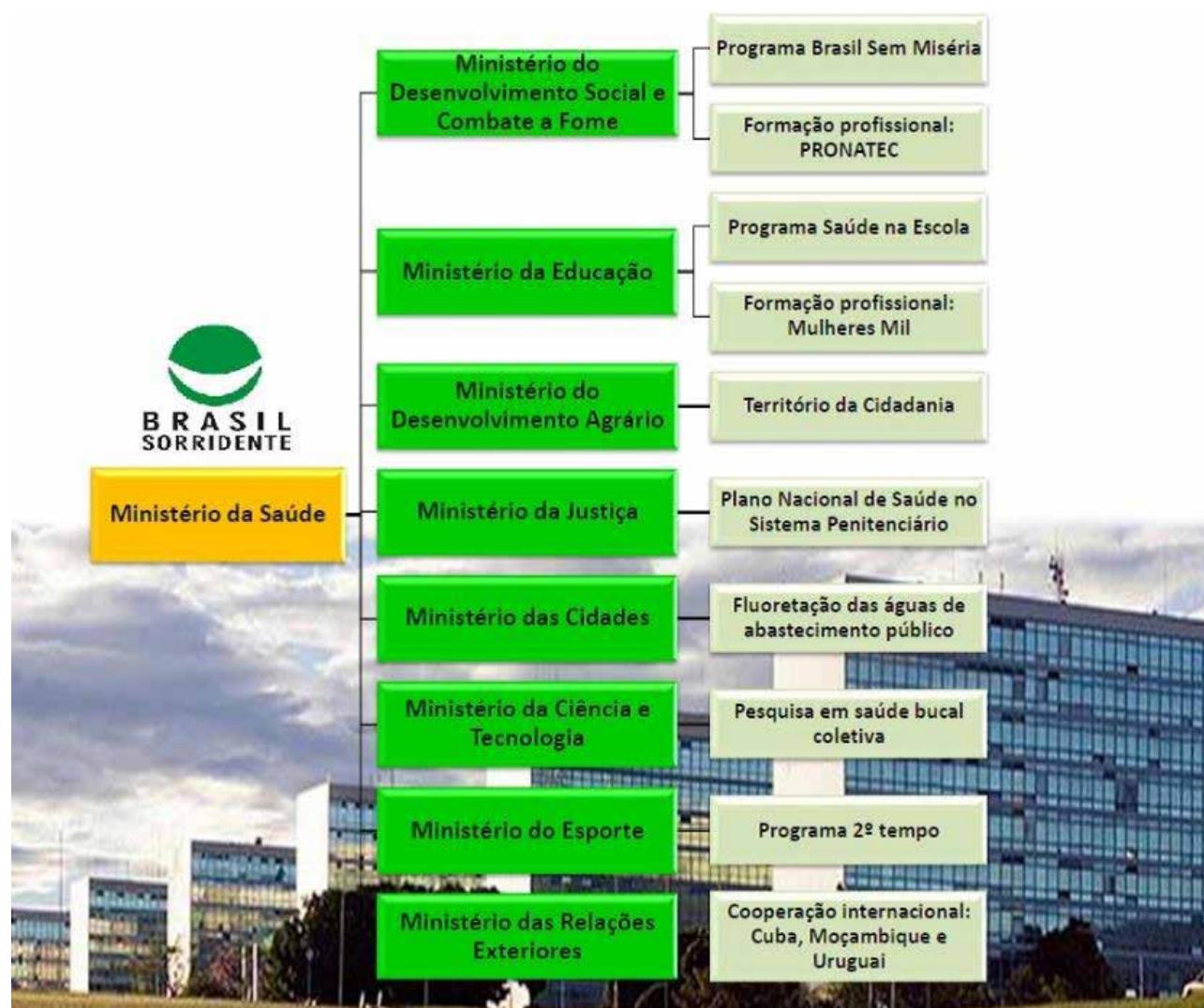


Figura 2. Articulação entre Ministério da Saúde (Brasil Sorridente) e ações e programas com outros Ministérios.

A Atenção Primária em Saúde (APS) na configuração das Redes de Atenção responsabiliza-se pela atenção à saúde bucal de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede⁸.

Nesse contexto, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)⁹ podem ser considerados como elementos-chave na configuração da Rede de Atenção à Saúde Bucal ao favorecer o acesso da população a procedimentos de maior complexidade tecnológica, não contemplados nas unidades básicas de saúde (UBS).

Nas RAS, os CEO assumem a posição de referência especializada de saúde bucal para as UBS que oferecem: cirurgia oral menor, diagnóstico de câncer de boca e outras doenças de tecidos moles, periodontia, atenção aos pacientes com necessidades especiais e endodontia. Para dar suporte de apoio e diagnóstico, a rede também foi estruturada pensando nos serviços de análise de exames histopatológicos, para emissão de laudos anatomopatológicos. No fluxo, são as UBS que deverão, por meio de critérios pré-definidos e protocolizados, constituir o fluxo de acesso dos usuários aos CEO que, após a conclusão do tratamento especializado, deverão reencaminhá-los à atenção básica. Além das ações e procedimentos clínicos, será justamente nesta interface entre AB e a atenção especializada (AE) que vão se dar muitas das atividades que constituem o processo de trabalho em saúde bucal nos CEO¹⁰.

Já os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) surgem na rede como serviço de retaguarda e resposta a demanda e necessidade de reabilitação bucal devido à perda dentária na população adulta e idosa do Brasil, como forma de garantir a integralidade do cuidado.

A expansão do número de CEOs observada até 2014, bem como de outros serviços como os Laboratórios de Prótese Dentária, permitiu identificar tais unidades como importantes pontos na configuração das Redes de Atenção à Saúde Bucal nos estados e municípios, com potencial expressivo de garantir a integralidade do cuidado.

Para também garantir a atenção hospitalar, o Brasil Sorridente investiu na organização da atenção hospitalar. Destacam-se a atenção às pessoas com neoplasias bucais e os pacientes especiais que necessitam de anestesia geral. A Figura 3 revela o fluxo do usuário no interior da rede de atenção à saúde bucal, desde a atenção básica (consultas de rotina ou busca ativa em população de risco) até a alta complexidade. Ainda, a Figura 3 destaca alguns aspectos importantes do cuidado integral ao paciente com neoplasia de boca, como por exemplo as exodontias pré-radioterapia, fluoroterapia para prevenção de cárie de irradiação, exames de alto custo e reabilitação protética.

Nas neoplasias bucais a rede foi fortalecida por meio dos Centros/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON). Para ver o mapa com os endereços das unidades em todo o território nacional acesse <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetrarsus>. Uma grande contribuição do Brasil Sorridente foi a portaria 874/2013 (<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=129&data=17/05/2013>), que incluiu pelo menos um cirurgião-dentista em cada CACON E UNACON. Este movimento abriu muitos postos de trabalho para dentistas em hospitais por todo o Brasil e possibilitou que fossem oferecidos cuidado em saúde bucal para paciente oncológicos, que frequentemente apresentam manifestações bucais dos efeitos colaterais dos tratamentos de combate ao câncer.

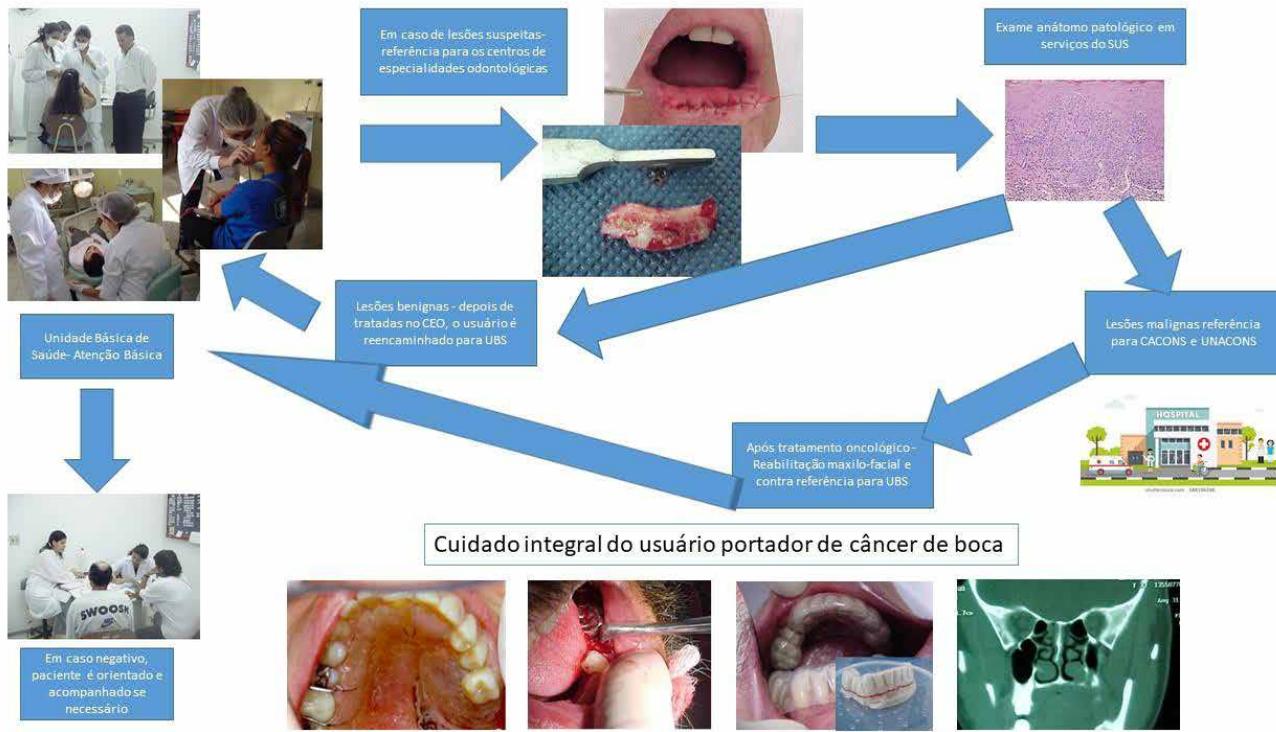


Figura 3. Esquema da Rede para cuidado integral do usuário portador de câncer de boca.

Outro ponto forte da RAS, foi articular os diferentes serviços de saúde que estão distribuídos espacialmente em uma região, não somente na atenção primária, mas também nos demais pontos de atenção, garantindo a busca da equidade¹¹. Essa preocupação também fica evidente no Brasil Sorridente, principalmente no que se refere aos LRPD, aos CEOs regionais e na atenção hospitalar.

De forma a ampliar as ações de saúde bucal, também houve uma preocupação e envolvimento do Brasil Sorridente em contribuir e garantir a transversalidade nas 5 RAS implantadas no SUS (Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde Mental, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas, e Rede de Atenção a Urgências e Emergências), tais como por exemplo:

- Consultório na Rua – inclusão do Técnico de Saúde Bucal (TSB) e posteriormente do cirurgião-dentista (CD) na equipe, com a possibilidade de atuação em Unidades Odontológicas Móveis (UOM);
- Cuidados odontológicos na atenção materno-infantil – garantia de constar na carteira de vacinação a seção saúde bucal e a importância do pré-natal e puericultura odontológica;
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – podendo incluir o CD de forma opcional na equipe que atua na urgência;
- Melhor em casa – garantindo o CD também como possível profissional da equipe atenção domiciliar;
- Telessaúde – podendo como acontece em alguns estados, contar com a telerregulação da Odontologia; A teleconsultoria também é uma modalidade à disposição dos dentistas da RAS de saúde bucal.
- Pessoa com Deficiência – CEO podendo se credenciar na Rede Viver Sem Limite e atuação hospitalar do CD aos pacientes com necessidades especiais; e
- Pessoas Crônicas – retaguarda e configuração de uma rede de atenção aos pacientes com neoplasias bucais.

O Brasil Sorridente, representado pelas Diretrizes da Política Nacional da Política de Saúde Bucal, exerceu um importante papel indutor de grandes avanços na reorganização da atenção primária, no acesso às especialidades odontológicas e atenção hospitalar, na resolutividade dos problemas de saúde bucal, no cuidado integral e no desenho da rede de atenção à saúde bucal no país.

Indicadores de SB no Brasil – Algumas conquistas e muitos desafios

O Brasil acumulou nas últimas décadas conhecimento para realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal. Desde 1986 o país desenvolve estudos epidemiológicos de base nacional com o objetivo de compreender a distribuição e a frequência das doenças bucais na população. No estudo mais recente, realizado em 2010¹² com inferência estatística para as cinco macrorregiões (norte, sul, nordeste, centro-oeste e sudeste) e todas as capitais, observa-se que o Brasil passou a fazer parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie aos 12 anos, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), ao reduzir o índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO-D) de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010. Hoje, 44% das crianças aos 12 anos estão livres de cárie. Neste período, o número de adolescentes e adultos que sofreram algum tipo de perda dentária foi reduzido em 50%. Em dez anos de Brasil Sorridente mais de 7 milhões de pessoas passaram a ter acesso a água tratada e fluoretada.

De 2004 a 2014 o Brasil Sorridente investiu mais de R\$ 5 milhões em pesquisa científica, em parceria com universidades e centros de pesquisa. No mesmo período cresceu em 50% o número de cirurgiões-dentistas no SUS. Atualmente, o SUS emprega 30% dos dentistas do país, distribuídos nos três níveis de atenção, que formam uma complexa rede que nos últimos anos revolucionou a forma como o Estado cuida da saúde bucal de seus cidadãos.

Em 2015 realizou-se o levantamento epidemiológico apenas no estado de São Paulo, o “SB/São Paulo”, no qual 17.560 pessoas foram examinadas em 163 municípios. Nesse levantamento foram examinados 3 grupos etários (15-19, 35-44 e 65 anos ou mais). Na idade de 15 a 19 anos, o CPOD médio do estado foi de 3,57, sendo 1,25 componentes cariados, 0,21 obturado e cariado, 0,15 extraído e 1,96 obturados. De 35 a 44 anos obteve-se um CPOD médio de 15,84, sendo 1,53 componentes cariados, 0,54 obturado e cariado, 6,30 extraído e 7,46 obturados. Por fim, na idade de 65 anos ou mais o CPOD médio foi de 28,22, sendo 0,59 componentes cariados, 0,18 obturado e cariado, 25,87 extraído e 1,57 obturados¹³.

Considerações em relação às barreiras e facilitadores da implementação da rede de saúde bucal na perspectiva dos aprendizados e do futuro

Considerando o período de 14 anos da política Brasil Sorridente, os achados demonstram importantes avanços na saúde bucal brasileira, tanto do acesso aos serviços como no impacto epidemiológico. Nos últimos anos o país apresentou uma conjuntura política favorável para a inserção da odontologia no SUS, ou seja, implementou um sistema de saúde pautado na universalidade, integralidade e equidade. Em 2003 a saúde bucal entrou na agenda governamental e a política foi formulada e implementada no país. Entretanto, vale ressaltar que este é um processo em construção e que a rede de atenção em saúde bucal precisa ser ampliada, aprimorada e sedimentada para que o Brasil Sorridente se transforme em uma política de estado e não de governos que se sucedem, e com isto resista como política perene principalmente em épocas de crise econômica e política como a que estamos vivenciando atualmente¹⁴.

Em relação aos dados epidemiológicos, observa-se uma diminuição da carga de doenças bucais da população brasileira, entre eles queda do componente cariado e aumento do componente obturado no índice

CPOD, crianças livres de cárie, uma população adulta com mais dentes na boca, entre outros. No entanto, essa melhora não se apresenta de maneira homogênea na população. É notório as discrepâncias relacionadas a disponibilidades do serviço e as piores condições epidemiológicas em locais com maior vulnerabilidade social, o que certamente impõe importantes desafios futuros à política e maior interdisciplinaridade com as medidas sociais e econômicas do país¹⁵.

A estruturação da rede está organizada em diferentes níveis de atenção, contemplando medidas de promoção, prevenção e tratamento e em uma lógica de atuação multidisciplinar. Para alguns atores envolvidos na rede de saúde bucal, ela ainda se apresenta de forma inicial e deslocada das outras redes de atenção, mas o fortalecimento da atenção primária à saúde, com as eSB, e a continuidade da atenção por meio dos CEOs, vem contribuindo para essa estruturação¹⁶. Alguns componentes da rede, como por exemplo, o gradua CEO, apresenta grande potencial transformador do modelo de atenção à saúde bucal, pois integra ensino e serviço de modo a institucionalizar as vivências dos estudantes de odontologia no SUS. No entanto, ainda apresenta uma implementação incipiente que precisa ser fortalecida. Por outro lado, ainda na área da educação em odontologia, a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apresentou grande contribuição para a política, uma vez que possibilitou uma formação no SUS e para o SUS, modificando a lógica do modelo privado e curativista da profissão^{17,18}.

A implementação de políticas públicas é um processo complexo, que requer o envolvimento dos diferentes atores, entre eles, gestores, profissionais da saúde, pesquisadores, sociedade civil, entre outros. Sendo assim, é fundamental que o país crie mecanismos favoráveis para sua concretização. Além disso, de acordo com o Framework “3i” as políticas públicas são baseadas no tripé “instituições, ideias e interesses”, onde cada um desses componentes orientam o processo político¹⁹.

A experiência do Brasil vem sendo motivadora e mostrou que, além de necessário, é possível inserir a saúde bucal nos sistemas de saúde universais. Porém, após 14 anos e com a instabilidades política atual do país cabe a pergunta: como será o futuro do Brasil Sorridente? Não temos a resposta, no entanto, certamente para ser próspero será necessário o compromisso dos formuladores de políticas, a continuidade do engajamento dos diferentes atores envolvidos, objetivos claros e estratégias transparentes e fundamentadas em evidências científicas para alcançá-los.

Referências

1. “Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90”.
2. Brasil, “Portal do Departamento de Atenção Básica”, 2018. [Online]. Available at: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>. [Acesso: 15-ago-2018].
3. G. A. Pucca, M. Gabriel, M. E. D. De Araujo, e F. C. S. De Almeida, “Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges”, *J. Dent. Res.*, vol. 94, no 10, p. 1333–1337, out. 2015.
4. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res.* 2015;94(5):650-8.
5. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rer. Saúde Pública.* 2010; 44: 360-5.
6. Pinto, MHB, Araújo ME, Fujimaki M; Ditterich RG, Terada RSS, Martelli PJJ. As redes de atenção à saúde bucal: o papel dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. (Org.). *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife-PE: Editora da UFPE, 2016, p. 221-233.
7. Moysés SJ. *Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da Saúde Bucal e redes de atenção odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
8. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 283/GM de 22 de fevereiro de 2005. Habilita Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a receberem a antecipação dos incentivos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2005*.
10. Silva NA, Zina LG, Silva MAM, Werneck MAF, Abreu MHNG, Goes PSA, Martelli P. A Importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 100-138.
11. Herkratz FJ, Vieira JMR, Vettore MV, Rebelo MAB, Figueiredo N, Castro PHDF. Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 37-48.
12. Ministério da Saúde, “SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais”, Ministério da Saúde, 2012. [Online]. Available at: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pesquisa_saude_bucal. [Acessado: 17-ago-2018].
13. Ministério da Saúde, “SB/SP 2015”: Pesquisa estadual de Saúde Bucal> Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-ses/e_book_relatorio_sb_sp_2015.pdf. [Acessado: 5-nov.2018].
14. K. Doniec, R. Dall’Alba, e L. King, “Brazil’s health catastrophe in the making.”, *Lancet (London, England)*, vol. 0, no 0, jul. 2018.
15. J. V. da Silva, F. C. de A. Machado, e M. A. F. Ferreira, “As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras”, *Cien. Saude Colet.*, vol. 20, no 8, p. 2539–2548, ago. 2015.
16. A. L. S. F. de Mello, S. R. de Andrade, S. J. Moysés, e A. L. Erdmann, “Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização”, *Cien. Saude Colet.*, vol. 19, no 1, p. 205–214, jan. 2014.
17. “CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO C MARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. (*)”.
18. R. B. Ceccin e L. M. Feuerwerker, “O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social”, *PHYSIS Rev. Saúde Coletiva, Rio Janeiro PHYSIS Rev. Saúde Coletiva*, vol. 14, no 141, p. 41–6541, 2004.
19. F.-P. Gauvin, “Understanding Policy Developments and Choices Through 3-i framework: Interests, Ideas and Institutions”, *Natl. Collab. Cent. Heal. Public Policy*, 2014.

1.4 A evidência científica informando a tomada de decisão em políticas públicas

“Ausência de evidência não é evidência de ausência.”

Carl Sagan

por

Mariana Gabriel

Pós doutoranda em Odontologia Social, Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP, São Paulo – Brasil e Professora da faculdade de odontologia da Universidade Mogi das Cruzes UMC.

Ana Paula Cavalcante de Oliveira

Consultora Nacional em Gestão do Trabalho em Saúde - Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS / OMS - Representação Brasil.

Mariana Lopes Galante

Doutoranda em Odontologia Social, Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP, São Paulo - Brasil.

Maristela Honório Cayetano

Doutoranda em Odontologia Social, Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP, São Paulo - Brasil.

Marcelo Moreira de Jesus

Mestrando em Odontologia Social, Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP, São Paulo - Brasil.

Maryana Carmello da Costa

Graduanda em Odontologia na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP, São Paulo - Brasil.

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Professora Doutora do Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção da Saúde - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e membro fundador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Você já parou para pensar o que o motiva a tomar uma decisão? Pois bem, essa é a reflexão central desse capítulo, no qual iremos abordar os diferentes fatores que nos influenciam a escolher determinada conduta em detrimento de outras, e mais especificamente enfatizar o uso da evidência científica como um desses fatores na formulação de políticas públicas.

Para isso é necessário pensar: o que de fato seria evidência científica? Durante a graduação temos contato com diferentes abordagens de pesquisa que nos fornecem resultados, e que, por sua vez, podem ser usados como argumentos para diferentes condutas. Entre eles, os estudos de caso, os casos controle, as coortes, os estudos clínicos randomizados e controlados, entre outros. No entanto, estudamos também que as pesquisas apresentam diferentes metodologias e que a força e a confiança da evidência variam de acordo com o delineamento dos estudos e o modo como ele foi conduzido; e as revisões sistemáticas são consideradas a abordagem com maior nível de evidência. É importante salientar, que embora exista essa diferença, todos os estudos têm seu valor e são indicados de acordo com o contexto do problema em questão. Por exemplo, na década de 80 estudos sobre HIV/AIDS eram raros, pois a doença começava a aparecer na sociedade. Nesse momento, os estudos de caso foram fundamentais para conhecer os sinais e sintomas dos pacientes afetados, os tratamentos que estavam surtindo efeito, a sobrevida dos pacientes, entre outros. Nessa época não era possível realizar uma revisão sistemática com dados sobre a doença.

No campo das ciências sociais, mais especificamente na saúde pública, os estudos de caso são bastante utilizados, pois permitem uma melhor compreensão dos contextos e dos fenômenos da vida real, principalmente quando se busca respostas do tipo “como” e “porque”¹. Mas, para informar os formuladores de política sobre a melhor evidência disponível, outras abordagens vêm ganhando destaque, como as revisões sistemáticas e as sínteses de evidências em avaliação de tecnologias de saúde e para políticas e alguns conceitos novos sobre as pirâmides de evidências começam a ser introduzidos nessas discussões².

Outros aspectos importantes para refletirmos seriam: onde aplicamos os conhecimentos provenientes dos diferentes estudos? Como encontramos as melhores evidências para subsidiar nossas decisões? A disponibilidade ou a falta da evidência é determinante para tomar uma decisão? Vamos tentar abordar esses aspectos.

A aplicabilidade do uso da evidência científica tem uma história muito marcada pelas decisões clínicas do profissional da saúde, mais especificamente o médico, o que ganhou repercussão com o conceito de “Medicina Baseada em Evidência” (MBE), onde se busca uma prática clínica com menor erro e com me-

lhores resultados para o paciente. O movimento por uma Medicina Baseada em Evidência, nos anos 1990, discutia que um bom médico seria aquele capaz de utilizar sua experiência clínica aliada às melhores evidências científicas. Essas evidências seriam resultados de pesquisas clinicamente relevantes, para informar sobre precisão de testes diagnósticos, eficácia e segurança dos regimes terapêuticos, etc³.

No entanto, atualmente esse conceito vem se tornando presente em outros campos de atuação, como por exemplo, a “Odontologia baseada em evidência” e, mais recentemente, a “Política Informada por evidência”. É importante observar que nesse último exemplo utiliza-se o termo “informada” ao invés do “baseada”, o que parece ser uma tendência, tendo em vista que as decisões não são sustentadas apenas nas evidências, mas também em outros fatores, como podemos observar no quadro conceitual “3i” mais fatores externos (Figura 1), que aponta outros itens que de certa forma “concorrem” com a evidência disponível, sendo eles: as Ideias (que incluem as evidência, mas também conta com a experiência profissional, valores, entre outros), os Interesses, as Instituições e os Fatores Externos.

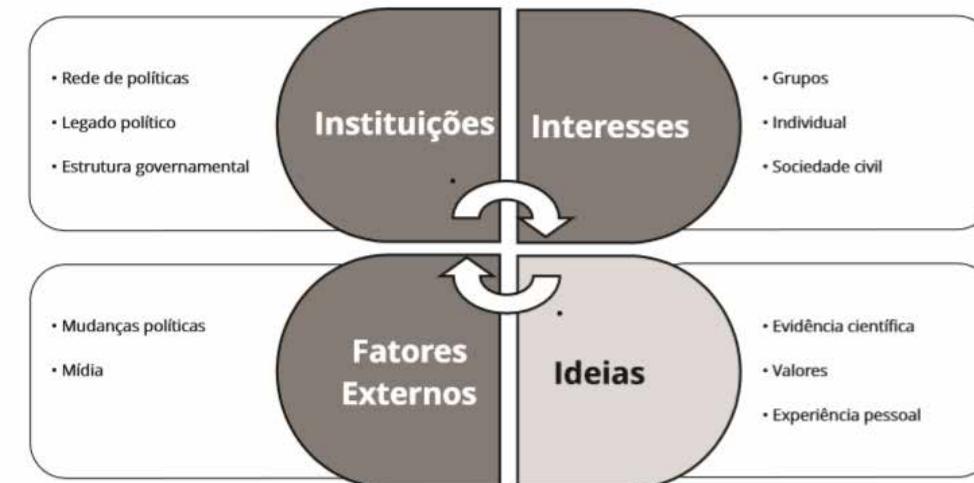


Figura 1. Quadro conceitual: 3Is (Interesses, Ideias e Instituições) + Fatores Externos (3Is+E). Fonte: Oliveira, et al⁴.

Sendo assim, fica claro que a formulação de política e as decisões políticas também devem se apoiar nas evidências científicas para melhorar seus resultados e desenvolver estratégias com maior chance de sucesso para a população. Entretanto, quando pensamos no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como em outros sistemas, observa-se o desafio da gestão em formular e implementar políticas informadas por evidências científicas, bem como em planejar ações nessa perspectiva⁵. Entre as potenciais vantagens das políticas de saúde informada pela melhor evidência de pesquisa disponível estão a sua estruturação, ao invés do direcionamento pelos principais atores; maior transparência na utilização do dinheiro público; auxílio os tomadores de decisão a compreender o problema e escolher uma direção política mais adequada; e reduzir o risco de insucesso da política⁴.

Contudo, pode ser desafiador para os gestores identificar pesquisas, avaliar a qualidade das investigações e a aplicabilidade destes achados, principalmente pela amplitude dos contextos em que as decisões são tomadas. Nesse sentido, é fundamental criar pontes entre as pesquisas e as decisões políticas. A aproximação dos pesquisadores com os gestores pode beneficiar ambos os atores, uma vez que poderiam auxiliar na identificação de questões relevantes de pesquisa no contexto político e a aplicação dos resultados na prática, mas constitui-se um desafio importante. Existe um grande impasse entre os dados que se produz e as

informações que são usadas e esse fato se deve por diferentes motivos, entre eles, se destaca a dificuldade de comunicação entre os atores, dificultando a capacidade de o gestor fazer perguntas e de o pesquisador apresentar seus achados de pesquisa, particularmente em uma linguagem acessível, de modo a tornar o conhecimento público. O cenário ideal, seria que a comunicação entre gestores e pesquisadores se desse fluidamente, com elaboração de perguntas pelos tomadores de decisão e respostas para os problemas levantados pelos pesquisadores, conforme a *Figura 2*.

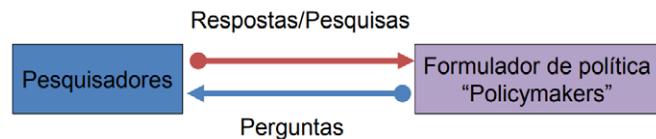


Figura 2: Processo ideal entre pesquisadores e formuladores de política. Fonte: EVIPNet Brasil⁶.

A literatura aponta quatro abordagens para promover o uso de evidência: *push efforts*, *user pull*, *exchange efforts* e *integrated efforts*. Na primeira (*push efforts*) são consideradas estratégias conduzidas pelos produtores de pesquisa para promover o uso de seus resultados pelo usuário, na segunda (*user pull*), os usuários buscam a pesquisa para extrair informações e assim tomar decisões, na terceira (*exchange efforts* ou *linkage and exchange*), no qual os produtores e usuários de pesquisa, como por exemplo, formuladores de política, desenvolvem uma parceria que os ajudam a levantar questões relevantes de pesquisa e a respondê-las. Por fim, a última abordagem (*integrated efforts*) integra as outras três formas de abordagem por meio de plataformas de tradução de conhecimento⁷ como, por exemplo, a Rede EVIPNet (*Evidence-Informed Policy Network*, ou em português Rede de Políticas Informadas por Evidências), que visa promover o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas para a saúde. Portanto, a rede foi criada para promover o desenvolvimento de estratégias efetivas para integrar a produção e a aplicação do conhecimento em políticas e práticas, mediante o fortalecimento ou estabelecimento de mecanismos de tradução do conhecimento, de forma a comunicar, melhorar o acesso e promover o uso de informações de saúde que sejam confiáveis, relevantes, não apresentem viés e mantenham-se atualizadas⁸.

Também, é fundamental verificar como a evidência foi utilizada durante o processo de tomada de decisão, a principal discussão no campo, conforme apresentado por Amara (2004), aponta três tipos de usos: o Instrumental, no qual se faz integrado diretamente no processo de tomada de decisão, com uma perspectiva de resolução de problemas; o Conceitual, quando é utilizada para fornecer uma compreensão geral de determinado contexto e; o Simbólico, visando apenas validar e apoiar decisões já tomadas^{4,9}.

É necessário um movimento para que o uso das evidências científicas seja uma prática no cotidiano dos formuladores de políticas, e as análises apontam quatro importantes pilares para estimular seu uso: 1) produzir e disseminar sínteses de evidência com linguagem adaptada a diferentes públicos; 2) estimular o uso do jornalismo e de outras formas de comunicação para ampliar a disseminação do conhecimento científico; 3) utilizar plataforma virtual on-line para disseminação do conhecimento científico e; 4) promover a interação entre pesquisadores e tomadores de decisão¹⁰.

Além dessas estratégias, algo fundamental é aproximar, além de gestores e pesquisadores, profissionais da saúde e a sociedade civil, de modo a criar momentos de diálogo e trocas de experiências, fazendo com que os pesquisadores conheçam a realidade do dia a dia do trabalho na saúde, especialmente no SUS, e se inspirem a de fato desenvolver pesquisas que possam contribuir com uma saúde mais adequada. Por outro lado, gestores, profissionais da saúde e a sociedade devem buscar as pesquisas e os pesquisadores

para apontar suas perguntas de pesquisa, para que os processos de tomada de decisão na prática diária possam ser informados por evidências, e para criar uma rotina de seu uso. Essa articulação, embora não seja corriqueira, deve ser estimulada, pois certamente todos ganharão e com isso teremos um SUS muito melhor. Um exemplo, que ilustra essa aproximação, é a construção desse livro, que uniu esses diferentes atores para protagonizar as boas práticas da saúde bucal no SUS.

Agradecimentos

Os autores agradecem as Professoras Maritsa Carla de Bortoli e Tereza Setsuko Toma do Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pelos comentários e sugestões a esse capítulo.

Referências

1. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Bookman editora, editor. 2015.
2. Alper BS, Haynes RB. Reply to ‘Shaneyfelt T. Pyramids are guides not rules: the evolution of the evidence pyramid. Evid Based Med 2016;21:121-2’. Evid Based Med. 2016 Oct;21(5):200.
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2.
4. Oliveira APC, Dal Poz M, Craveiro I, Gabriel M, Dussault G. Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, v. 34, p. e00220416, 2018.
5. Silva SF, Souza NM, Barreto JOM. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. Ciência & Saúde Coletiva, 2014, v. 19, n. 11.
6. EVIPNet. Rede para políticas informadas por evidências. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/> Acesso em:20/11/2018.
7. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. Bulletin of the World Health Organization, 2006, v. 84, n. 8, p. 620-628.
8. Bortoli MC, Freire LM, Tesser TR. Políticas de Saúde Informadas por Evidências: propósitos e desenvolvimento no mundo e no país. In: Toma TS, Pereira TV, Vanni T, Barreto JOM. Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017.
9. Amara N, Ouimet M, Landry Ré. New Evidence on Instrumental, Conceptual, and Symbolic Utilization of University Research in Government Agencies. Sci Commun. 2004;26(1):75–106.
10. Dias RIS, Barreto JOM, Vanni T, et al. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Cadernos Saúde Coletiva, 2015, v. 23, n. 3, p. 316-22.

1.5 Observatório Ibero-Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal: Rede Brasil

por

Antonio Carlos Frias, Andrea Carla Franchini Melani, Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena, Dorival Pedroso da Silva, Edgard Michel Crosato, Edson Hilan Gomes de Lucena, Fábio Carneiro Martins, Fernanda Campos A. Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Livia Guimarães Zina, Marcelo de Jesus Moreira, Márcia P. Alves dos Santos, Maria Ercília de Araujo, Maria de Fátima Nunes, Maria Gabriela Hays Biazevic, Ma-

riana Gabriel, Mariana Lopes Galante, Maristela Honório Cayetano, Maristela Vilas Boas Fratucci, Mary Caroline Skelton de Macedo, Nilcema Figueiredo, Paulo Sávio Angeiras de Goes, Petrônio Jose De Lima Martelli, Rachel Cesar de Almeida Santos, Ronald Cavalcanti, Roosevelt da Silva Bastos, Samuel Jorge Moysés, Soraya Leal e Thiago Machado Ardenghi

Apresentação

O Observatório Ibero-Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal (OIPPSB), tem como objetivo reunir pesquisadores das Américas, Espanha e Portugal, que se dediquem ao estudo das políticas públicas em saúde bucal em seus países e fora deles.

Este grupo desenvolve pesquisas na área, com o objetivo de aumentar a colaboração entre os países membros de maneira a impactar positivamente na qualidade e quantidade de publicações e cooperações nas áreas de saúde coletiva e saúde pública. Uma rede de colaboração capilarizada entre nossos vizinhos pode estabelecer novos marcos teóricos, que permitam avançar na construção de um modelo de sistema de saúde que tenha a saúde bucal como uma de suas prioridades e que seja capaz de oferecer o cuidado em saúde integral de forma justa e socialmente sustentável.

Atualmente nosso grupo conta com a participação efetiva de 16 países e alguns outros estão em fase de incorporação ao Observatório Ibero-Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal (OIPPSB) (*quadro 1*).

Membros (fevereiro de 2018)	
Brasil	Argentina
Bolívia	Canadá
Chile	Colômbia
Costa Rica	Cuba
Equador	Haiti
México	Paraguai
Peru	Republica Dominicana
Uruguai	Guatemala

Quadro 1. Países membros do OIPPSB até fevereiro de 2018.

Alguns avanços já podem ser observados desde dezembro de 2016, quando o OIPPSB foi fundado na cidade do México. Países como a Guatemala e a Argentina criaram Conselhos Nacionais de Saúde Bucal, ligados aos Ministérios de Saúde e Universidades locais, para discussão da saúde bucal em seus sistemas de saúde. Atualmente, o OIPPSB desenvolve com alguns de seus membros projetos para levantamentos epidemiológicos nacionais, especialmente em países que não possuem dados atualizados de saúde bucal. Esses levantamentos estão sendo organizados e pactuados para que os dados coletados sejam comparáveis e monitorados ao longo do tempo. Aos países que aderirem ao modelo proposto pelo OIPPSB será oferecido um curso de especialização semipresencial em planejamento, gestão e levantamentos epidemiológicos em saúde bucal. Este projeto conta com apoio da Latin American Oral Health Association (LAOHA).

Este é o primeiro produto do Observatório Ibero-Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, que iniciou suas atividades em dezembro de 2016 em uma colaboração acadêmica entre a FOU SP (Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo), UNB (Universidade de Brasília) e seis outros países. Este projeto foi aprovado pelo 2º edital Santander/USP/FUSP de Direitos Fundamentais e Políticas Públicas da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo e foi coordenado pela Profa. Fernanda Campos de Almeida Carrer (FOUSP) e pelo Prof. Gilberto Alfredo Pucca Junior (UNB). O livro foi organizado pelo Prof. Dorival Pedroso da Silva (FOUSP), Profa. Mariana Gabriel (UMC) e pela aluna de doutorado Mariana Lopes Galante (FOUSP) e teve projeto gráfico realizado pela Profa. Mary Caroline Skelton Macedo, da FOU SP.

A obra teve o privilégio de ser apresentada pelo diretor da FOU SP, Prof. Rodney Garcia Rocha e contar com prefácio da Professora Titular da Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção de Saúde da FOU SP Profa. Maria Ercilia de Araujo.

Em 2017, a Reitoria da Universidade de São Paulo financiou a edição de dois livros de circulação livre (em português e espanhol) que descrevem as Políticas Públicas De Saúde Bucal dos países membros do OIPPSB.

Em 2018, o OIPPSB aprovou um grande projeto de pesquisa com financiamento junto à IADR (International Association for Dental Research), para o desenvolvimento de um “Big Data” com dados socioeconômicos, demográficos e de saúde dos países membros e uma pesquisa qualitativa no Chile, Brasil, Colômbia e Uruguai visando analisar as tomadas de decisão política em saúde bucal nesses países.

Outros produtos que estão em desenvolvimento incluem a publicação de uma versão em inglês dos livros já publicados em espanhol e português, a organização de um *special issue*, um dossiê intitulado “Políticas Públicas de Saúde Bucal na Ibero-América na Revista Universitas Odontologica”, e a segunda edição do nosso livro.

Nesses quase dois anos de Observatório Ibero-Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal (OIPPSB), observamos que há uma grande carência de espaços de troca de informação e de colaboração efetiva, para desenvolvimento de pesquisas e produtos técnicos na região das Américas, no que tange a saúde bucal. O modelo proposto pelo OIPPSB tem estimulado o desenvolvimento de grupos locais, nos países membros, o que fortalece a pesquisa no campo da saúde bucal coletiva e pauta o direito à saúde bucal como direito de cidadania nessas nações. Espera-se que o OIPPSB contribua para o fortalecimento das linhas de pesquisas no campo da saúde bucal coletiva, com construção de modelos de vigilância capazes de informar a tomada de decisão, com a inclusão da saúde bucal nos sistemas públicos de saúde dos países americanos, assim como se deseja que outros países ingressem no OIPPSB, afim de ampliar o grupo que tem como objetivo o desenvolvimento e o fortalecimento de políticas públicas de saúde bucal na região ibero-americana.

Rede Brasil

Além dos movimentos internacionais do OIPPSB, estruturamos uma rede nacional para potencializar as pesquisas dentro do Brasil. Esta rede de colaboração nacional tem um compromisso radical com a democracia e com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde constitucional, que já vimos em capítulos anteriores, tem como princípios doutrinários a universalidade do acesso, a equidade de suas ações e a integralidade do cuidado. Nossa rede trabalha com a convicção de que o Brasil Sorridente foi uma grande conquista para a população brasileira e para os dentistas, pois o SUS tornou-se o maior empregador da mão de obra de saúde bucal no país, como vimos anteriormente.

Com o passar dos anos, a partir de 2004, surgiram inúmeras iniciativas bem-sucedidas, idealizadas pelas equipes de saúde bucal por todo o Brasil, que demonstram a força e o comprometimento das bravas e bravos trabalhadores/trabalhadoras do Brasil Sorridente, que diante de limitações impostas pela realidade e enormes desafios cotidianos apresentam soluções criativas para garantir cuidado à população.

Essas iniciativas inspiraram o desenvolvimento deste livro que você está lendo, chamado: “SUS e saúde bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir”. Esperamos que as iniciativas que se multiplicam por todo o Brasil possam inspirar alunos de graduação e pós-graduação, além dos próprios trabalhadores do SUS e seus gestores, para que haja inovação nas relações entre academia e serviço, com superação das dificuldades do trabalho em equipes multiprofissionais. Também esperamos que as experiências nos campos da gestão e do planejamento possam ajudar gestores no enfrentamento dos desafios cotidianos e que os relatos de inovação do cuidado nos levem a reflexões sobre nossas práticas, com consequente ampliação da clínica.

Nossa missão, com o grupo de pesquisa, vai além do desenvolvimento de pesquisas e publicação de seus resultados. Temos um compromisso com a tradução do conhecimento, que muda a prática e que é capaz de informar a tomada de decisão de gestores e políticos, como afirma Paulo Freire: “É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.

Este projeto reúne as melhores experiências enviadas por meio de uma chamada pública, que em 2018, foi realizada pelo Observatório. Em pouco mais de 2 meses recebemos 74 experiências, que foram avaliadas por experts na área, e o que você está lendo hoje é o resultado do trabalho de muitos colegas espalhados pelo Brasil e da parceria com a Colgate, que acreditou no nosso projeto e investiu na produção do produto que você está tendo o privilégio de ler.

Boa leitura! Que nossa rede cresça em colaborações e articulações locais para que possamos cooperar no fortalecimento do SUS e do Brasil Sorridente.

2 Experiências Multiprofissionais

2.1 Introdução – Integração de saberes e a colaboração interprofissional

**“Se quer ir rápido, vá sozinho.
Se quer ir longe, vá em grupo.”**

Provérbio africano

por

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Professora doutora do Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção da Saúde - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e membro fundador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Fábio Carneiro Martins

Maristela Honório Cayetano

Marcelo Moreira de Jesus

Mariana Lopes Galante

Pós-graduando do Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pesquisador (a) do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Maria Ercília de Araújo

Professora Titular Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção de Saúde - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e coordenadora do Observatório de Recursos Humanos em Odontologia (OBSERVARhODONTO).

Nossas vidas de trabalho são organizadas em ambientes coletivos, através de um processo constante de interação com outras pessoas. Vivemos a maior parte de nossas vidas nos relacionando por meio de organizações sociais, trabalhando, aprendendo, consumindo e produzindo bens, serviços e produtos.

As diversas transformações nos contextos sociais, políticos e culturais que impactam no perfil epidemiológico da população têm aumentado e produzido mudanças nos modelos de saúde, exigindo dos profissionais envolvidos no processo do fazer saúde modificações na prática assistencial.

Essas mudanças de perfil epidemiológico, como, por exemplo, o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas de saúde que requerem acompanhamento prolongado traz a necessidade de uma abordagem integral que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde de usuários e população¹. Isso torna a qualidade da comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, fundamental para a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde².

A prática colaborativa interprofissional é cada vez mais requerida para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral, em função da crescente complexidade dos problemas de saúde. Nesta prática os profissionais buscam realizar um trabalho compartilhado com ações coletivas voltadas a tarefas comuns^{3,4}. Utiliza eficazmente os recursos de forma a atender às necessidades práticas específicas da população e fornecer melhores cuidados primários à saúde⁵.

Nas últimas décadas, o modelo tradicional de atenção à saúde vem perdendo forças concomitantemente às diversas transformações nos contextos sociais, políticos e culturais, exigindo dos profissio-

nais envolvidos no processo de cuidado da saúde mudanças na prática assistencial. Com a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo, até então baseado em práticas curativas, vem sendo substituído por um modelo de assistência no qual o indivíduo deve ser entendido em todas as suas dimensões, considerando-se os diferentes contextos e os determinantes sociais da saúde, favorecendo a integralidade⁶. Neste sentido, o conceito de saúde, assumiu um caráter ampliado, onde a Saúde é entendida numa concepção sócio-histórico-cultural, enfatizando a integralidade do cuidado, com a equipe de saúde atuando em uma perspectiva interdisciplinar. Este ponto de vista avança em relação à concepção biopsicossocial que considera o processo saúde-doença e reconhece a importância da multiprofissionalidade no cuidado.

“O conceito de saúde, assumiu um caráter ampliado, onde a Saúde é entendida numa concepção sócio-histórico-cultural, enfatizando a integralidade do cuidado, com a equipe de saúde atuando em uma perspectiva interdisciplinar. Este ponto de vista avança em relação à concepção biopsicossocial que considera o processo”

Montenegro et al.⁷, reconhecem que a ampliação deste conceito gerou mudanças no gerenciamento do processo saúde-doença e na criação de Políticas Públicas de Saúde expandindo seu olhar para além da recuperação de agravos visando também a Promoção da Saúde, que objetiva difundir ações de integralidade na assistência prestada ao usuário, família e comunidade.

O princípio da interprofissionalidade é critério fundamental que orienta equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família. A ação profissional, no entanto, parece ser marcada por uma lógica caracterizada pela delimitação estreita de territórios de cada categoria, conformando um quadro de disputa entre as lógicas contraditórias da profissionalização e da interprofissionalidade. Esta é compreendida como a síntese de um processo de integração de saberes e de colaboração interprofissional, processos estes mediados pelos afetos.

A reordenação da formação, tanto na graduação como na pós-graduação, tem mobilizado reflexões sobre a necessidade do trabalho em equipe, de práticas colaborativas e da educação interprofissional¹.

Entende-se por formação uniprofissional o processo no qual as atividades educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, isolados dos demais.

A educação profissional corresponde a um processo de socialização o qual os estudantes passam a criar uma identidade com a profissão escolhida, os seus valores, cultura, papéis e conhecimentos específicos. Quando a formação está configurada somente como uniprofissional, não há interação com estudantes de outras profissões, o que contribui para o desconhecimento sobre os papéis e as responsabilidades dos demais profissionais da saúde e a formação de estereótipos.

Conceitualmente, a diferença entre a educação interprofissional e multiprofissional está em que no primeiro caso os alunos aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais. No segundo, as atividades educativas ocorrem entre estudantes de duas ou mais profissões conjuntamente, no entanto, de forma paralela, sem haver necessariamente interação entre eles. Espera-se do ensino nos moldes interprofissional os subsídios necessários para fortalecer o trabalho em equipe, tendo em vista a transformação das práticas de saúde no senti do da integração e colaboração interprofissional, com foco nas necessidades de saúde dos usuários e população.

As experiências interprofissionais são pautadas em arcabouço teórico e pedagógico que corroboram os princípios e as diretrizes do SUS, associando o aprendizado à prática, de maneira a problematizar o mo-

delo técnico-assistencial. Desta forma, vislumbra-se o ensino-serviço com enfoque na humanização da atenção e ampliação da compreensão da integralidade, ao passo que o processo de trabalho pode ser (re)construído no cotidiano do serviço. Entretanto, a literatura aponta imprecisões quanto às definições de alguns termos⁷. A fragmentação do cuidado é comum na multiprofissionalidade, a qual seria a justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados balizarão a atuação de cada profissional. Já a interprofissionalidade vincula-se: à noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais².

Extrapolando o trabalho em equipe multiprofissional, para uma perspectiva de interprofissionalidade, reduz custos e melhora a produção do cuidado aos usuários.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵ propôs a definição para a educação interprofissional: “É quando estudantes ou profissionais de dois ou mais cursos, ou núcleos profissionais, aprendem sobre os outros, com os outros e entre si”. A educação interprofissional constitui uma estratégia que oportuniza o desenvolvimento do trabalho coletivo efetivo, com o intento de otimizar a qualidade da atenção à saúde. Assim, fortalecer a educação interprofissional favorece a implementação da prática colaborativa em saúde, uma vez que esta pressupõe a incorporação da experiência de profissionais de diversos núcleos do saber, estimulando a comunicação entre eles e a tomada de decisão, com vistas a consolidar a integralidade do cuidado. Destaca-se, ainda, a importância do envolvimento de diferentes atores no processo, para além dos profissionais da área, o que amplia o escopo de atuação destes e as conquistas dos objetivos de saúde. A OMS (5) ainda aponta que as equipes de saúde de diferentes núcleos profissionais, que trabalham na perspectiva interprofissional, qualificam os serviços de saúde ofertados aos usuários, ao passo que há compreensão das habilidades dos membros que as compõem, assim como compartilhamento e gerenciamento dos casos. Deste modo, é possível considerar as seguintes potencialidades dessa forma de atuação: a) otimização das práticas e produtividade no ambiente de trabalho; b) melhoria dos resultados obtidos, mediante recuperação e segurança dos pacientes; c) ampliação da confiança dos trabalhadores da saúde; d) melhoria do acesso à assistência de saúde.

Extrapolando a lógica do trabalho uniprofissional, no Brasil, ainda é um desafio⁹. Neste contexto, a educação interprofissional tem um significado singular, que reforça os ideários do SUS e aponta caminhos a serem trilhados por ela na formação em serviço. Trabalhar no mesmo ambiente e estar junto em uma atividade ou ação não significa efetivar a interprofissionalidade. Assim, é muito importante adotá-la como estratégia de trabalho e de formação, vislumbrando aonde se quer chegar e propondo passos a serem dados. Assim, vislumbra-se aperfeiçoar a assistência integral prestada ao usuário, por meio da promoção de processos de formação pautados na prática colaborativa⁷.

A tendência dos profissionais de cada área trabalhar de forma isolada e independente das demais expressa sua longa e intensa formação também isolada e circunscribe a sua própria área de atuação. A educação pautada na interprofissionalidade contribui para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e à fragmentação.

“A educação pautada na interprofissionalidade contribui para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e à fragmentação”.

Nos serviços de saúde, a interprofissionalidade, reconhecida como componente da organização dos servi-

ços, permite a problematização e por consequência um possível deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde. Este movimento, por sua vez, tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais.

Profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite aperfeiçoar os recursos e ampliar o reconhecimento da atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e população de cada território e serviço, visto que as necessidades são heterogêneas e complexas e requerem ser apreendidas de forma integral e não apenas focadas na demanda espontânea⁸.

A cooperação entre profissionais está associada ao processo pelo qual os indivíduos conhecem um ao outro, profissionalmente, com o entendimento de que essa cooperação se dá com base no compartilhamento de saberes de diferentes profissões⁴. A prática interprofissional, enquanto esforço por superar a especialização das práticas permite a problematização da realidade favorecendo a articulação e integração das ações de saúde. Além disso, constitui como um componente de organização dos serviços de saúde, aumentando a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, com o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais. Para D'Amour⁴, interprofissionalidade é definida como “o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas. É o processo pelo qual profissionais são levados a refletir, desenvolver e fornecer uma prática de saúde capaz de responder às necessidades do paciente, das famílias e da população”. Neste sentido, busca-se substituir a competição entre os profissionais de saúde pela cooperação e “os desequilíbrios de poder por compromisso com a igualdade e responsabilidade coletiva”⁹. Para Peduzzi⁷, o objeto de trabalho em saúde são as necessidades de saúde sentidas e trazidas pelos usuários. Tais necessidades são interpretadas pelos profissionais, razão pela qual pode ser classificado como sendo reflexivo, e servem de base para a estruturação e oferta de ações voltadas à prevenção, manutenção e restauração da saúde. As áreas profissionais de saúde possuem processos de trabalho peculiares mediados pelo encontro de usuários e profissionais de saúde e o uso das intervenções técnicas. O trabalho em equipe, por sua vez, consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se desenvolve no exercício cotidiano da comunicação e nos diálogos que são estabelecidos nas articulações necessárias à integração das atividades no ato de cuidar⁴. O Sistema Único de Saúde (SUS), que conforma o modelo de atenção à saúde no Brasil, foi resultado de um amplo processo social¹⁰ (Figura 1).



Figura 1. Esquema de transição entre trabalho em equipe e trabalho em rede.

O modelo de atenção vigente busca consolidar as políticas públicas

em saúde voltadas às melhorias e ao atendimento das necessidades da população, seguindo os princípios e diretrizes norteadores do SUS¹¹. Nele, o profissional de saúde deve ser capaz de trabalhar bem com os pacientes e os colegas de trabalho em um serviço de saúde em que a equipe é, essencialmente, o ponto de partida para o cuidado. Para o atendimento das necessidades dos pacientes, familiares e comunidades que tenha como questão central a prestação de cuidados da saúde, é fundamental que o conhecimento, as habilidades e as atitudes necessárias ao trabalho (e ao aprender) sejam efetivamente identificadas e adquiridas². O SUS, sobretudo desde a adoção da lógica da Estratégia da Saúde da Família, contempla um modelo de assistência centrado nas equipes de saúde, compostas por médicos, enfermeiros, Cirurgiões dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cuja gestão no âmbito local cabe aos governos municipais. Cada equipe de saúde da família tem sob sua responsabilidade sanitária cerca de 4.000 pessoas⁷. Tal organização tem contribuído para a identificação tanto das demandas quanto das necessidades de saúde, o que favorece o desenvolvimento de uma prática interprofissional, dada a coesão que exige dos profissionais que nele atuam, a despeito das áreas de formação ou dos conhecimentos diversificados que possuem^{2,4,6}. Com problemas de saúde cada vez mais complexos para serem enfrentados pelas equipes de saúde é importante delimitar os conceitos de colaboração mencionados na literatura, sendo eles: partilha, definida como compromisso colaborativo; parceria em que dois ou mais atores se juntam de forma colaborativa; interdependência, definido como dependência mútua, e poder que é compartilhado entre os membros, baseado no conhecimento e experiência em vez de funções ou títulos⁴.

A Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo tem experimentado vivências no campo da interação de saberes e colaboração interprofissional, com diversos projetos, tais como o “Sorria Pro Bem”, que desde 2016, através de um projeto de cultura e extensão incorporou à equipe de alunos, que inicialmente eram somente da Faculdade de Odontologia, os voluntários das Faculdades de Fonoaudiologia e Fisioterapia (FOFITO).

Em sua primeira expedição, realizada no município de Cristina-MG, foi identificado que cerca de 35% dos escolares de 5 a 12 anos estavam com pelo menos uma cavidade de cárie com necessidade de intervenção e grande dificuldade em deslocar essas crianças até as unidades de saúde para tratamento. Diante desse cenário, foi proposta a implementação de um programa de intervenções anuais, em que os alunos de graduação, sob a supervisão de Dentistas egressos da FOUASP e do município, além de seus Professores Coordenadores, realizassem algumas das ações previstas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Saúde⁹. As ações incluem atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, além de intervenções para recuperação e manutenção de saúde bucal, que ocorrem nas escolas com a realização de mutirões, utilizando a técnica preconizada pela OMS¹⁰ e pelo Ministério da Saúde¹¹: o Tratamento Restaurador Atraumático (ART).

Durante o planejamento das atividades educativas, foi possível promover a interação entre os estudantes das Faculdades de Odontologia e Fonoaudiologia, que as executaram de forma interprofissional. Através desse trabalho em equipe, os temas antes focalizados na saúde bucal passaram a ser trabalhados de forma ampliada. Através de atividades lúdicas diferentes para as diversas faixas etárias, além dos temas tradicionais da saúde bucal como alimentação cariogênica e higiene, os alunos incorporaram a mastigação, higiene nasal, higiene de cerume e cuidados com a audição, além de questões como alimentação, higiene das mãos, entre outros. Em um relato de uma aluna do curso de fonoaudiologia percebe-se que:

“Percebi que as atividades foram muito enriquecedoras para a população e acredito que possa ter uma grande disseminação pela cidade, uma vez que os alunos das escolas podem levar os aprendizados para suas casas e assim difundir o conhecimento, promovendo saúde. Dentre as demandas fonoaudiológicas para as crianças de Cristina, os casos mais incidentes eram de mordida aberta com interposição de língua na fala, casos de ceceio (Ceceio é um fenômeno linguístico da língua espanhola pelo qual os fonemas representados pelas grafias “c”, “z” e “s” tornam-se equivalentes, assimilando-se

à consoante fricativa dental surda) e outras questões de motricidade orofacial mais tênues.”

“Pude participar do projeto Sorria Pro Bem junto dos estudantes e discutidores da Odontologia. A proposta da participação da Fonoaudiologia consistia nas atividades educativa e abordar temas como a higiene bucal, higiene nasal, higiene das orelhas, hábitos orais deletérios, mastigação e consciência de fala... Como experiência pessoal posso dizer que foi muito gratificante ter presenciado esse projeto, ele me aproximou da fonoaudiologia de uma forma muito enriquecedora, me aproximou da odontologia para um melhor vínculo no futuro profissional.”

Em relação às atividades desenvolvidas pelas alunas da Faculdade de Fisioterapia, o foco foi a saúde do trabalhador, no caso, dos alunos da Odontologia. Já se sabe que, em condições de trabalho ideais, as principais atividades realizadas pelos cirurgiões dentistas submetem duas ou mais regiões do corpo do profissional a posturas consideradas de risco médio e alto¹². Durante as expedições, muitas vezes, não é possível realizar os atendimentos nessas condições ergonômicas ideais, uma vez que ocorrem em espaços escolares. Sendo assim, através do conhecimento construído com as alunas, que fizeram diagnóstico situacional, discussão e indução de mudança no processo de trabalho, foi possível realizar a prevenção de lesões causadas por esforços repetitivos e/ou distúrbios osteomusculares, além de intervenções em casos pontuais de relatos de sintomatologia dolorosa.

“Acho que a atividade desenvolvida com a fisioterapia deveria ocorrer sempre. Não só pelas correções na postura, mas também pelo alívio da tensão, pelas instruções que eu passei a usar na clínica. Acho que esse cuidado com quem atende é bem importante”





“O projeto Sorria Pro Bem foi uma experiência totalmente nova, cheia de expectativas e receios. Não sabíamos como iria ser a aceitação dos alunos as propostas de ergonomia e principalmente a aceitação pelos discutidores. Ao chegar em Cristina, percebemos que a maior parte dos alunos já sabia a importância do trabalho da fisioterapia e valorizava essa atuação, alguns se mostraram desconfiados, mas ao longo do projeto aceitaram bem nossa atuação. Os discutidores apesar de parcial resistência aderiram às orientações, pois eles viram que tem um propósito cada orientação que quando praticado traz resultados positivos, e isso foi muito gratificante. E o trabalho com a odontologia não se resumiu apenas a ensinar, acabamos aprendendo e nos divertindo com esse novo conhecimento ligado a odontologia. Vivemos a maior parte do tempo juntos e de certa forma foi possível sentir de cada um a importância particular do projeto na vida deles. Para a fisioterapia poder participar e contribuir para que esse projeto cresça é sem dúvidas uma dívida que nos move a buscar formas de melhorar e isso nos torna melhores profissionais e sobretudo melhores pessoas. Somos gratas pela oportunidade!”

Os relatos acima demonstram a potência e a riqueza do trabalho interprofissional, que pode ser experimentado em pequenas experiências do cotidiano, em atividades curriculares e extracurriculares. A aproximação com outros profissionais, na prática de ensino, agrega conhecimento a todos os envolvidos e resulta em ações que têm maior impacto à população e aos estudantes em formação. Experimente a aproximação com outras categorias profissionais e surpreenda-se com o trabalho interprofissional.

Referências

1. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative; 2011.
2. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. Cad FNEPAS. 2012; 2:25-8.
3. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):185-96.
4. D'Amour, D., Oandasan, I. Interprofessionality as the Field of Interprofessional Practice and Interprofessional Education: An Emerging Concept. Journal of Interprofessional Care, 10,2005, 8-20.
5. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010
6. 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: IMS/ UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2016. p.39-64.
7. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(4):977-83.

8. Câmara AMCS, Cyrino AP, Cyrino EG, Azevedo GD, Costa MV, Bellini MIB, et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):5-8.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 24) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
11. Frencken JE, Holmgren C and Helderman VP. Basic Package of Oral Care (BPOC) WHO, 2002.
12. Regis Filho, Gilsée Ivan, Michels, Glaycon, & Sell, Ingeborg. Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho de cirurgiões-dentistas: aspectos biomecânicos. Prod., São Paulo. 2009; v. 19, n. 3, p. 569-580.

2.2 Diagnóstico precoce de doenças sistêmicas através de exame bucal e atuação multiprofissional

Ricardo Ballestreri
Cirurgião Dentista
Mirian Giacometti
Enfermeira

Resgatando um processo histórico observamos que a saúde em específico no paradigma da saúde pública é advinda de um processo pelo enfoque em curativismo baseando-se por modelos biomédicos e hospitalocêntricos onde práticas assistenciais e de promoção à saúde e bem-estar não eram reconhecidas. Neste contexto, o Sistema Único de Saúde SUS nasce como alternativa a mudanças nos modelos de atenção à saúde.

O processo de trabalho previsto para os centros de saúde pertencentes ao Sistema Único de Saúde SUS é o de trabalho em saúde por meio de equipes multiprofissionais. A equipe multiprofissional de saúde surge enquanto uma alternativa para efetivar o cuidado integral em saúde. Porém, necessita-se conhecer que o processo multiprofissional é construído no interior dessas equipes. Contudo, nota-se incompatibilidade da formação recebida pelos profissionais de saúde, que é marcada pela divisão em setores do saber, e auto-centrada, como um entrave para a viabilização do acesso ao cuidado em saúde de forma integral.

O primeiro acesso ou a porta de entrada para os serviços públicos de saúde é a atenção básica por ela que as demandas chegam e conforme sua necessidade é referenciada para outros setores, uma das principais formas de entender as necessidades e anseios de um paciente ocorre através do acolhimento que é uma diretriz da Política Nacional de Humanização PNH esta não possui necessidade de horário e local exatos para que ocorra, nem mesmo a especificidade de um profissional para sua realização, trata-se de uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, bem como reconhecimento do seu protagonismo no processo saúde doença.

Ao se abordar o assunto acolhimento o receio e muitas vezes o desconhecimento do conceito pode se tornar impeditivo para a realização de um bom diagnóstico de uma doença, por exemplo, por ser o primeiro contato ou o contato direto do paciente com o centro de saúde. Quando bem articulados os processos,

qualquer profissional pode realizar e oferecer esta prática.

Com isto o objetivo deste capítulo é a demonstrar como um caso clínico de acolhimento realizado pelo cirurgião-dentista e equipe multiprofissional conseguiu diagnosticar um caso de sífilis e HIV positivo, tendo em vista uma ação multiprofissional e interdisciplinar. Entende-se que o profissional em questão seja atuante em saúde pública, além de tratamento de dentes e de processos cariosos, mas sim atuante em na saúde como estado geral do paciente em sua integralidade, demonstrando a capacidade de resolução de problemas de todos os profissionais de saúde quando bem articulados proporcionando assim uma melhoria na forma com que são oferecidos os serviços.

O município de Paraíso/SC fica em região de fronteira com a Argentina, mesmo sendo uma cidade de aproximadamente cinco mil habitantes o fluxo de transição torna-se grande pela sua localização geográfica fronteiriça. O centro de saúde oferta uma carta ampla de serviços e tem dentre os seus protocolos estabelecidos a atenção integral à saúde bucal, que abrange cuidados desde a saúde do bebê até a saúde do idoso, ofertando prevenção e procedimentos ambulatoriais, além do atendimento de demandas de urgência através do processo de acolhimento humanizado. Neste sentido, são ofertadas ao paciente uma ampla gama de serviços de acordo com a necessidade que cada caso requeira.

O presente caso clínico surgiu como demanda espontânea de um paciente A.R, 42 anos, sexo masculino, agricultor, proveniente do meio rural, o mesmo possuía histórico de poucas consultas médicas ou odontológicas e procurava com baixa assiduidade os serviços oferecidos. E em consulta de acolhimento realizada pelo profissional cirurgião-dentista, o paciente referia como queixa principal, ardência e dor na boca devido uma afta que não cicatrizava. Durante a anamnese, o paciente ainda relatou a ocorrência de outra “afta” que aparecer nas semanas anteriores, com características semelhantes, porém com remissão espontânea; com isto, em exame clínico, observou-se lesões em áreas superficiais irregulares de necrose da mucosa, de coloração acinzentada, destacáveis e indolores, em fundo de sulco vestibular superior.

Conforme relato do paciente, desde o primeiro sintoma até a consulta se passaram de quatro a seis semanas, assim o diagnóstico sugestivo era de lesão secundária de sífilis. O cirurgião-dentista em questão, tendo em vista atuação interdisciplinar, é capacitado para execução dos testes rápidos para detecção precoce de doenças sexualmente transmissíveis, o mesmo realizou curso de capacitação oferecido para profissionais de atenção básica e assim conseguiu ofertar os exames para o paciente que aceitou em realizar.

Foram realizados testes rápidos para detecção de sífilis, HIV hepatites B e Hepatites C. Todo o protocolo de realização dos exames foi realizado pelo cirurgião-dentista dentro do próprio consultório odontológico abrangendo assim uma ampliação do cuidado em saúde pelo profissional, com enfoque maior que o problema relacionado à cavidade oral, e sim um problema de seu estado geral de saúde.

Após as realizações dos testes obteve-se como resultado a positividade para lesão de sífilis e HIV, a partir disto a abordagem multiprofissional se intensificou quando foi realizada uma interconsulta entre os profissionais cirurgião-dentista e enfermeira, a partir disso foram fornecidas as orientações relevantes às doenças, tratamento, prognósticos e condutas a serem tomadas. Imediatamente, o paciente iniciou a primeira dose do tratamento da sífilis e foi encaminhado para o serviço de referência para os encaminhamentos necessários e retirar coquetel de antirretrovirais, a partir deste momento o paciente e seu cônjuge passam ter acompanhamento periódico com toda equipe lhes proporcionando uma abordagem ampliada, com consultas médicas de enfermagem e odontológica bem como assistência social, envolvendo e responsabilizando assim não somente o paciente, mas com toda a equipe oferecendo-lhe continuidade do atendimento.

O que se observa com tal abordagem é uma interação entre equipe e paciente de forma ampliada, ofertando-

-lhe o necessário para uma condição de vida favorável e controle de seu processo saúde e doença, a partir disso percebemos uma maior adesão por parte do paciente ao seu tratamento e uma maior responsabilização por seu próprio estado de saúde, onde o mesmo torna-se ciente de que medidas tomadas como assiduidade ao centro de saúde, consultas periódicas, retirada de seu medicamento são importantes para melhoria de seu quadro clínico.

Assim isto pode ser atribuído ao fato de ter ocorrido uma conscientização conquistada pela equipe ao paciente e uma relação de confiança estabelecida, da mesma forma percebe-se como impacto que os atendimentos em conjunto através de atuações interdisciplinares e multiprofissionais bem como ressalta a importância do acolhimento e o primeiro contato, de forma que o olhar ampliado sobre o conceito de saúde e a escuta sob a perspectiva do paciente oportunizaram durante uma consulta simples o diagnóstico de um problema grave de saúde.

Após mais de 20 anos da criação do Sistema Único de Saúde SUS ainda são claras as deficiências apresentadas por este sistema que sofre tanto por entraves políticos, mas são em ações estabelecidas pelos profissionais dentro de suas unidades de saúde que fomentam a ideia central deste sistema, que busca a garantia da integralidade e do bem-estar de seus usuários.

Assim poderemos oferecer aos que utilizam os serviços uma maior resolutividade de suas demandas e também um olhar sobre outras perspectivas como a de cuidado integral à saúde, práticas complementares, grupos de apoio formando uma rede de assistência firme e consolidada.

A importância de uma articulação entre os profissionais vai além de uma boa resolução para determinado caso, mas se demonstra mais ágil, eficiente e eficaz, isso além de melhoria na saúde proporciona economia de recursos, otimização de espaço e melhor convívio na sociedade, não é somente o paciente beneficiado, mas sim o conjunto e o sistema, que passa a dispor da organização realizada resultados positivos frente a problemas do cotidiano.

2.3 Ações multiprofissionais para gestante na atenção primária à saúde

Paula Molina Nogueira

Carla Elizabel Coelho Pieroni

Cirurgiã-dentista da Estratégia de saúde da família – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.

Heloisa Ferreira da Cruz Santos

Auxiliar em saúde bucal da Estratégia de saúde da família – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.

Heloiza Telfania de Assis Silva Figueiredo

Técnica em saúde bucal da Estratégia de saúde da família – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.

A relação da gestante com a saúde bucal ainda é permeada de mitos e crenças que se associam de forma negativa¹. Esses mitos acabam por afastar as gestantes do tratamento odontológico, podendo gerar pro-

blemas e complicações odontológicas durante a gravidez. Frente a isso, estratégias para desmistificar o atendimento odontológico durante a gestação precisam ser implementadas nos serviços de saúde, a fim de realizar essa discussão e promover a formação do vínculo da família-gestante com a equipe de saúde bucal^{2,3}. Isso acontece quando há um ambiente propício para troca de informações e o compartilhamento de experiências entre as gestantes e os profissionais de saúde, favorecendo que as escolhas saudáveis façam parte das escolhas diárias das famílias.

Nesse sentido, a equipe de saúde bucal de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em Belo Horizonte/Minas Gerais, instituiu o programa “Gestão do Sorriso”. Esse constitui em atividades coletivas para gestantes sendo de natureza operativa, em que mulheres grávidas, com histórias de vida distintas, mas com interesses em comum se reúnem com os profissionais presentes para juntos compartilharem os saberes. Esses encontros acontecem trimestralmente em consonância com as orientações do Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB)⁴, que recomenda que as gestantes sejam avaliadas trimestralmente pelas equipes de saúde bucal. O Gestão do Sorriso é de cunho interdisciplinar, tendo em vista que além da equipe de saúde bucal, ainda envolve agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos generalistas, ginecologista, pediatra e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ressalta-se a necessidade de atuação de equipes multiprofissionais com ações de caráter interdisciplinar, para de fato atender às demandas dessas participantes e contemplar os princípios do SUS, em especial, o da integralidade do cuidado⁵.

O norte básico do programa Gestão do Sorriso é a educação em saúde direcionada para gestantes da área adscrita à UBS em questão. Em todos os encontros utiliza-se a educação como instrumento, não sendo essa uma educação tipicamente formal, mas uma ação educativa, que propicia a reformulação de hábitos e o estímulo à criatividade. As ações acontecem trimestralmente desde 2014, sendo que em cada reunião, assuntos relacionados à gestação são abordados de forma dinâmica e participativa. Vários assuntos já foram abordados e com profissionais convidados a participarem das discussões: ACS e os demais profissionais envolvidos no pré-natal convidam as gestantes, as enfermeiras abordam sobre a gestação e o parto, a pediatra orienta sobre os primeiros cuidados com o bebê, a ginecologista sobre os cuidados na gestação e suas fases, a nutricionista sobre alimentação e papinhas para os bebês, a fonoaudióloga sobre amamentação, a fisioterapeuta sobre alongamentos e fortalecimento muscular (Figura 1) e as dentistas sobre os cuidados em saúde bucal da gestante e do bebê. A equipe de saúde bucal está presente em todos os encontros, a fim de reforçar a relação interdisciplinar, esclarecer sobre os mitos persistentes e realizar a avaliação trimestral de saúde bucal preconizada.

Esse trabalho educativo realizado durante o pré-natal visa esclarecer dúvidas das gestantes e trazer-lhes informações corretas e embasadas na literatura científica que irão influenciar nas tomadas de decisões para consigo e para com o filho que está por vir, podendo ainda motivar mudanças de hábitos⁶. Neste sentido, a criação do vínculo equipe-gestante, se torna um elemento importante do cuidado, pois poderá ser substituído pelo vínculo equipe-mãe-bebê e posteriormente, equipe-criança, equipe-família, contribuindo para a longevidade do cuidado e formação de um ciclo de saúde⁷.

Em todas as ações do Gestão do Sorriso há um momento de atividades criativas manuais em que as pró-



Figura 1: Encontro Gestão do Sorriso com abordagem fisioterápica. Belo Horizonte, 2017

prias gestantes confeccionam um objeto que possam associar o momento vivido no grupo com atividades da rotina do bebê (Figura 2 e 3). Dentre esses objetos, já foram confeccionados, por exemplo, capa protetora para a Caderneta da criança, mobile (Figura 2), dedoches, decoupage de babetes e toalhas para bebês, recipiente para armazenar gaze e algodão, caderno de receitas de papinhas para os bebês (Figura 3), dentre outros. Todos confeccionados pela própria gestante, a fim de estimular o cuidado e agregar valor emocional ao objeto confeccionado.

As gestantes também são agendadas para o atendimento clínico odontológico com o objetivo de garantir o acesso ao tratamento e fornecer as orientações individuais que se façam necessárias. Essas ações também estão em conformidade com a Política Nacional de Saúde Bucal⁵ que considera que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, afirmando que ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Essa mesma política ainda recomenda que devem ser realizadas ações coletivas e garantido o atendimento individual.



Figura 2. Encontro Gestão do Sorriso durante a confecção do mobile. Belo Horizonte, 2015.



Figura 3. Encontro Gestão do Sorriso durante a confecção do Livro de Receitas de papinhas para o bebê. Belo Horizonte, 2016.

Pensando nas parcerias multiprofissionais, a equipe de saúde bucal participou da capacitação dos ACS, que envolveu diversos profissionais de saúde. Nessa capacitação, os ACS foram orientados sobre a importância do cuidado odontológico durante a gravidez, reforçando a necessidade de que eles contribuam com o esclarecimento dos mitos relacionados ao tratamento odontológico e gestação. Dessa forma, os ACS se tornam multiplicadores dessas informações até mesmo para a população não-gestante que por vezes difunde e perpetua esses mitos na comunidade.

A mesma equipe de saúde bucal realiza em parceria com os profissionais de enfermagem e medicina, o trabalho de puericultura. A puericultura odontológica consiste no agendamento dos bebês da comunidade a partir dos três meses de idade. Esses bebês são avaliados pela equipe de saúde bucal e as mães são orientadas de acordo com o período do desenvolvimento infantil, reforçando as questões relacionadas ao aleitamento materno, introdução alimentar, uso restrito do açúcar, hábitos de sucção não-nutritiva e higiene bucal. Essa ação tem como objetivo fortalecer o vínculo com a família, despertar para os cuidados com a saúde bucal e prevenir doenças bucais e sistêmicas relacionadas aos hábitos alimentares e de higiene.

Estudo anterior demonstrou que a orientação odontológica recebida na gestação influencia as mães nos procedimentos adotados com seus filhos, em relação ao início da higienização bucal, primeira consulta ao dentista, tempo de amamentação e o conhecimento sobre os fatores que levam ao aparecimento da cárie dentária³. Dessa forma, a motivação para continuar realizando esse cuidado desde a gestação, apesar de

todos os desafios, são as crianças que fazem o acompanhamento completo e chegam aos três anos, quando se fecha o ciclo da puericultura, familiarizadas com o ambiente odontológico, sem experiência de cárie dentária e com hábitos saudáveis instituídos.

Referências

1. Özen B, Özer L, Başak F, Altun C, Açıke C. Turkish Women's Self-Reported Knowledge and Behavior towards Oral Health during Pregnancy. *Med Princ Pract.* 2012; 21(4):318-322. 2012. <http://dx.doi.org/10.1159/000334635>
2. Al Khamis S, Asimakopoulou K, Newton T, Daly B. The effect of dental health education on pregnant women's adherence with toothbrushing and flossing - A randomized control trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017 Oct;45(5):469-477. <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12311>.
3. Rigo L, Dalazen J, Garbin RR. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. *Einstein.* 2016;14(2):219-25.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: Manual instrutivo - Ficha de qualificação dos indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 80 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/pmaq-saude-bucal.pdf>
5. 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: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
6. Maron LC, Cabral FB, Van der Sand ICP, Hildebrandt LM. Motivos e repercussões da participação de gestantes em grupo operativo no pré-natal. *Rev Enferm UFSM.* 2014; 4(3): 519-528
7. Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues, CS. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico. *Cad. Saúde Pública.* 2004 mai-jun; 20(3):789-796

2.4 Experiência multiprofissional no tratamento da fissura de lábio e palato no SUS (Goiânia/GO)

Flávia Aline Silva Jesuino

Cirurgiã-Dentista Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial, Mestre em Morfologia, Doutora em Ciências da Saúde, Staff do serviço de Ortodontia e Coordenadora do Centro de Reabilitação de Fissuras Lábio Palatinas (CERFIS) da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

As equipes multiprofissionais agregam especialidades que em conjunto atendam da forma mais completa e rotineira, uma determinada entidade clínica. Mais ainda, buscam estabelecer protocolos de atendimento, ou romper paradigmas, alterando técnicas e protocolos estabelecidos¹. Este capítulo tem como objetivo relatar a experiência de um serviço com equipe multiprofissional que atua na reabilitação do portador de fissura de lábio (FL) e ou palato (FLP). O Centro de Reabilitação de Fissuras Lábio Palatinas (CERFIS) é uma referência regional, localizado no Hospital Materno Infantil da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. A equipe multiprofissional dispõe de cirurgia plástica, fonoaudiologia, psicologia, serviço social e a odontologia, com as especialidades de ortodontia, cirurgia buco maxilo facial, dentística,

prótese, estética, periodontia e odontopediatria.

A FLP é uma má formação que acomete 1:650 nascidos vivos no Brasil². O serviço recebe pacientes desde recém-nascidos a adultos. A presença de uma equipe multiprofissional possibilita que o indivíduo seja atendido em todas as suas necessidades, em um só local e pelo sistema público e gratuito de saúde³. O atendimento do paciente fissurado de lábio e ou palato é um desafio enriquecedor quando se tem a oportunidade de integrar à equipe de saúde bucal, profissionais da área médica, fonoaudiólogos e psicólogos^{1,3-5}.

A introdução do paciente ao programa de tratamento do CERFIS é feita pela cirurgia plástica, que é a primeira necessidade do neonato. Uma vez avaliado, o paciente segue para as cirurgias primárias, que consistem no fechamento da fissura. A época e técnica de fechamento da fissura são variadas segundo diferentes autores^{3,6}. A queiloplastia gera uma grande ansiedade e expectativa para os pais e familiares, em função do favorecimento da estética, bem como a busca de conforto e segurança na alimentação^{3,7}. A palatoplastia é feita em uma segunda cirurgia^{3,6}. A FLP está associada com uma forma, aparência e função inadequada do nariz^{3,8}.



Figura 1. Paciente com fissura de lábio e palato transforame unilateral esquerda. A- Pré-Cirúrgico, B- Pós-Cirúrgico. Foto cedida pelo Dr. Reinaldo Carvelo.

É imperativo que a fissura seja fechada para uma melhor aceitação social, para o ganho de peso e para que os pais tenham mais conforto e segurança no dia a dia da criança. Os protocolos multidisciplinares clássicos vem sendo revisados e, no afã de oferecer melhores resultados e melhor qualidade de vida^{1,7,8}. Observa-se uma tendência a antecipar a época da realização das cirurgias primárias, inclusive do nariz¹.

A fissura não só interrompe a integridade física tecidual, bem como interrompe sonhos e expectativas que são criados mediante a chegada de um filho⁷. O problema físico e o estigma da fissura são agravados pelo abandono de um ou ambos os pais⁴. O programa multidisciplinar acolhe o indivíduo e a família, os quais são integrados em rotinas com pares em situação similar⁷. O psicólogo desempenha papel fundamental na estabilização emocional, capacitando os pais e responsáveis para lidar com os sofrimentos, angústias e anseios que circundam a fissura lábio palatina^{3,4}.

A dificuldade de amamentação e a insegurança que permeia o cuidado diário são abordadas pela fonoaudiologia^{3,4,9}. A mãe recebe orientações desde a posição em que a criança deve ser colocada no peito e téc-

nicas alternativas ao aleitamento natural quando este não é possível^{4,9}. São apresentadas chupetas e bicos de mamadeiras que auxiliam na obliteração da fissura, colaborando com a alimentação do bebê⁴. Contudo, estes recursos têm alto custo e pouca disponibilidade no mercado. Mudanças estruturais decorrentes do processo cicatricial das cirurgias primárias alteram a forma das estruturas bucais, bem como a sua função. A fala nasalizada, a presença de hábitos bucais deletérios e a atresia de maxila são alterações que oportunamente são abordadas de maneira conjunta pela ortodontia e fonoaudiologia^{4,9,10}.

As especialidades da odontologia acompanham o desenvolvimento e crescimento das estruturas buco dentais^{4,10}. A odontopediatria recebe o bebê e reforça as orientações referentes ao aleitamento natural, complementando o trabalho da fonoaudiologia⁴. Não raro, bebês e crianças muito pequenas já apresentam atividade de cárie, e estas devem ser tratadas antes das cirurgias primárias⁴. A dificuldade física para alimentação favorece a oferta de alimentos pastosos e açucarados, aumentando a propensão para a cárie dentária⁴. Além disso, a higiene bucal é preterida em favor de outras necessidades, ou por vezes, é insatisfatória.

A consequência do reparo primário da fissura é uma ação cicatricial que imita o crescimento transversal e ântero-posterior da face^{1,4}. Assim, muitos dos portadores de fissura palatina terão como consequência a atresia maxilar e uma discrepância maxilo-mandibular^{4,10}. Em geral o tratamento ortodôntico inicia-se na dentadura mista e perdura até a fase adulta^{4,10}.

Por volta dos 8 a 9 anos de idade o fissurado palatino deve receber o enxerto ósseo secundário (Fig. 2)^{4,11}. O ortodontista e o cirurgião buco maxilo orquestram o melhor momento deste procedimento, o qual viabiliza a erupção do canino permanente ou mesmo oferece osso para movimentação dentária e a colocação de implantes dentários^{4,11}.

A ortodontia acompanha e intervém ao longo do crescimento craniofacial (4,10). Os tratamentos ortopédicos mecânicos têm início na dentadura mista, para que se obtenha uma dimensão transversal adequada da maxila e um equilíbrio ântero posterior das bases óssea^{4,10}. Na dentadura permanente, tem-se a ortodontia corretiva, buscando o adequado posicionamento dentário^{4,10}. A conclusão da ortodontia pode chegar a fase adulta, com a cirurgia ortognática, corrigindo a desarmonia maxilo-mandibular⁴.

A equipe multidisciplinar passa a ser parte da vida e rotina do paciente, compartilhando seus anseios, expectativas e frustrações^{3,5,7,9}. O atendimento centralizado facilita o acesso e a adesão ao tratamento³. As



Figura 2A. Fissura palatina exposta para receber o enxerto ósseo secundário.



Figura 2B: Loja óssea após o recebimento do enxerto, com a colocação de tela de fixação. Foto cedida pelo Dr. Raul Seabra.

especialidades se fundem e os papéis são reassumidos e reinventados. O cirurgião plástico e o dentista se veem como psicólogos, fonoaudiólogos à frente da assistência social, psicólogos oferecendo informações da rotina após a cirurgia. É como se cada um requisitasse para si um papel que não lhe é oficial, mas que a tamanha interação permite desempenhar com maestria.

A rotina de um centro de tratamento multidisciplinar faz com que as experiências técnicas e emocionais sedimentem o amparo as necessidades do assistido⁵. As equipes multidisciplinares deveriam reavaliar seus resultados e comparar o seu serviço com outros de mesma natureza, com o objetivo de manter a qualidade⁴. Esta conduta assegura a eficácia do tratamento e contribui para qualidade de vida do assistido.



Figura 3. Aspecto clínico do perfil de um paciente com fissura de lábio e palato. A- Prévio à cirurgia ortognática. B- Após a cirurgia ortognática. Fotos cedidas pelo Dr. Raul Seabra.

Referências

1. Hammoudeh, JA, Imahiyerobo, TA, Liang, F, Fahradyan, A, Urbinelli, L, Lau, J et al. Early cleft lip repair revisited: A safe and effective approach utilizing a multidisciplinary protocol. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2017; 5: e 1340; 1-9.
2. Nagem Filho H, Morais N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas lábiopalatinaas na população escolar de Bauri. *Rev Fac Odonto São Paulo* 1968; 7:11-28.
3. Stock NM, Anwar H, Sandy JR, Rumsey N. Centralization of Cleft Lip and Palate Services in the United Kingdom: The Views of Adult "Returners". *Cleft Pal Craniofac J* 2018, 55 (5); 676-681.
4. Trindade IEK, Silva Filho OG. Fissuras lábio palatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007.
5. Fernandes R, Defani MA. Importância da equipe multidisciplinar no Pesquisa 2013 jan; (6): 109-16.
6. Berkowitz, S. The facial growth pattern and the amount of palatal bone deficiency relative to cleft size should be considered in treatment planning. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2016; 4: e 705.
7. Habersaat S, Turpin H, Möller C, Borghini A, Ansermet F, Müller-Nix C et al. Maternal representation and parenting style in children born with and without an orofacial cleft. *Cleft Pal Craniofac J*. 2018 55 (1); 88-97.
8. Peroz R, Holmstrom M, Mani M. Can objective measurements of the nasal form and function represent the clinical picture in unilateral cleft lip and palate? *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2017; 70: 653-658.
9. Vallino LD. An innovative collaborative treatment model: The community-based speech language pathologist and cleft palate team. *Cleft Pal Craniofac J* 2018; 55 (3): 471-2.

10. Prasad V, Singh AK, Kumar V, Mishra B, Upadhyaya DN, Nair, LC. Multidisciplinary treatment focussing on comprehensive orthodontic approach for improving facial shetics in cleft lip and palate patients. J Cleft Lip Palate Craniofac Anomal 2016; 3: 50.
11. Garib D, Massaro C, Yatabe M, Janson G, Lauris JRP. Mesial and distal alveolar bone morphology in maxillary canines moved into the grafted alveolar cleft: Computed tomography evaluation. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2017; 151: 869-77.

2.5 Saúde bucal integrada ao atendimento sequencial e interdisciplinar para crianças e adolescentes com asma na atenção primária à saúde

Daniel Demétrio Faustino da Silva

Odontólogo do SSC - GHC

Maria Lucia Medeiros Lenz

Médica do SSC - GHC

Elíneide Camillo

Farmacêutica do SSC- GHC

Norma Beatriz Pires

Enfermeira do SSC- GHC

- SSC/GHC – Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Introdução

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) é composto por doze Unidades de Saúde (US) de Atenção Primária à Saúde (APS) localizadas no município de Porto Alegre/RS. Possui uma população aproximada de 100.000 habitantes e, juntamente com quatro hospitais, forma o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O SSC presta atualmente mais de 50.000 atendimentos mensais, com uma resolutividade ambulatorial em torno de 92% das consultas. As equipes de saúde que atuam nesse serviço correspondem a 39 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e além da equipe médica, odontológica e de enfermagem, as US contam com assistentes sociais e psicólogos. Os núcleos de farmácia, nutrição, terapia ocupacional e psiquiatria também estão presentes, atuando na lógica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O Serviço de Saúde Comunitária do GHC dispõe de uma Ação Programática para crianças e adolescentes com asma orientado por um protocolo de cuidado cuja saúde bucal está incluída com um capítulo próprio que serve de base para as orientações das equipes de saúde bucal na APS (Faustino-Silva, 2015).

Apesar da multiprofissionalidade das equipes de saúde, existe forte tendência em centralizar o cuidado na figura do profissional médico, agravado por questões culturais da sociedade brasileira que ainda valoriza mais o tratamento das doenças em detrimento de ações de prevenção e promoção à saúde. Sendo assim, diferentes atores de equipes de saúde multiprofissionais precisam questionar e discutir continuamente os seus papéis na construção conjunta de estratégias que promovam um cuidado integral e

humanizado dos indivíduos e suas famílias.

A asma é uma das doenças crônicas mais comuns na infância e na adolescência. Além disso, a literatura tem apontado uma maior prevalência de doenças bucais em asmáticos. Estudos evidenciam resultados favoráveis do cuidado multidisciplinar às doenças crônicas, tanto na satisfação dos usuários e profissionais, quanto na qualidade da atenção e no controle dessas condições. Nesse sentido, se faz necessário a implantação de Programas de Vigilância à Saúde de Crianças e Adolescentes com Asma através de ações interdisciplinares que visam a promover o auto-cuidado e redução comorbidades. Mendes (2011) descreve dois modelos de cuidado coletivo, um deles é através de Consultas sequenciais onde profissionais de mais de uma categoria atendem individualmente o usuário, porém de forma integrada e em sequência lógica do cuidado. O outro é a Consulta multiprofissional coletiva, uma consulta para um grupo de usuários que apresentam o mesmo problema, com a participação de profissionais de diferentes formações.

Objetivos

O presente relato de experiência pretende apresentar o processo de implantação e os resultados relacionados à saúde bucal de um modelo de consultas sequenciais adaptadas para o atendimento de crianças e adolescentes com asma em um serviço de APS. Especificamente, avaliar as condições bucais dos pacientes e se estão em acompanhamento regular com a equipe de saúde bucal (ESB) após um período de 3 anos de seguimento.

Métodos

As famílias das crianças e adolescentes com diagnóstico de asma no território de abrangência da Unidade de Saúde SESC do Serviço de Saúde Comunitária do GHC foram convidadas, pelos Agentes Comunitários de Saúde, a participarem de um atendimento em forma sequencial. Foram agendados horários de atendimento de 20 minutos com profissionais de quatro categorias diferentes (médica, enfermagem, farmacêutica e odontológica - nesta ordem) durante um único turno de atendimento conforme apresentado no Apêndice 1. Em relação à saúde bucal foi avaliado o acompanhamento com ESB, a classificação de acordo com as necessidades: N0 (sem necessidades de tratamento), N1 (apenas uma necessidade clínica e sem atividade de doença), N2 (mais de uma necessidade clínica e sem atividade de doença) e N3 (com atividade de doença) e o encaminhamento para a manutenção ou tratamento. As crianças foram atendidas em consultas sequenciais durante todo o ano de 2012 com intervalos de 3-4 meses. No ano de 2013 a manutenção dos pacientes se deu através de consulta coletiva.

Resultados

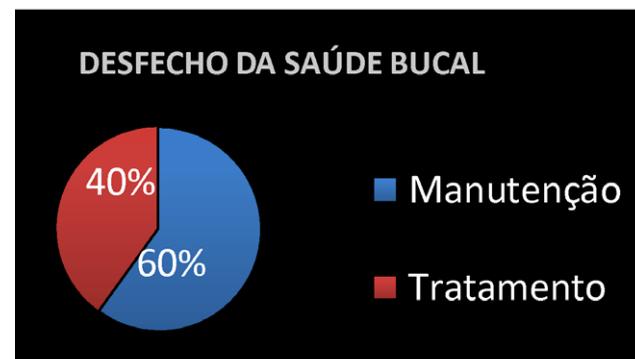
Os resultados gerais do controle da asma das 89 crianças incluídas nas consultas sequenciais estão publicados por Lenz et al. 2014. Em relação a saúde bucal observou-se que a maioria das crianças (63%) não estava em acompanhamento odontológico adequado (nunca consultou-33% ou há mais de um ano-30%) e após o exame bucal de 100% das crianças, 40% apresentavam necessidades de tratamento que foram possíveis de serem atendidas pela equipe de saúde bucal da unidade conforme a disponibilidade de agenda e necessidades das crianças e pais. As crianças receberam o tratamento bucal completo com garantia de retorno para manutenções de acordo com seu risco individual. Após 6 meses e 1 ano, 78% e 62,5% das crianças, respectivamente, estavam com adequado acompanhamento de sua saúde bucal. Passados 3 anos de seguimento das consultas sequencias, 14,6% (13) das crianças mudaram-se do território de abrangên-

cia da unidade de saúde. Das 76 crianças que mantiveram o acompanhamento, apenas 33% (25) estavam com acompanhamento adequado com a equipe de saúde bucal.

Discussão

A inserção da saúde bucal na equipe interdisciplinar de consulta sequencial para crianças com asma proporcionou uma verdadeira integração do cuidado, qualificando ainda mais a saúde dos pacientes assistidos na atenção primária. Do ponto de vista da equipe, a qualificação de todos os profissionais dos núcleos envolvidos foi evidente, pois era comum observar a farmacêutica orientando higiene bucal após o uso dos medicamentos e o dentista reforçando a importância do uso de espaçadores na aplicação dos inalatórios, por exemplo, caracterizando a efetivação de uma transdisciplinaridade do cuidado, tão almejada nos serviços de saúde. Além disso, ao final do turno de trabalho a equipe se reunia para discutir os casos e famílias atendidas, traçar planos de cuidado integral e planejar os encontros seguintes. A experiência dessa unidade de saúde foi apresentada para as demais equipes do serviço de saúde comunitária do GHC com finalidade de sensibilizar outros profissionais a pensarem essa ferramenta de cuidado para asma ou outras condições crônicas sensíveis a APS que podem se beneficiar de atenção multiprofissional.

Em relação aos resultados encontrados nessa avaliação onde a maioria das crianças não estavam em adequado acompanhamento de saúde bucal e 40% delas precisaram de tratamento clínico odontológico



está de acordo com o encontrado na literatura que mesmo não havendo consenso e real entendimento dos mecanismos que levam crianças asmáticas terem mais doenças bucais, recomenda-se uma atenção especial da equipe de saúde bucal da APS a fim de minimizar os efeitos na cavidade bucal, sendo a consulta sequencial interprofissional uma das estratégias de cuidado (Faustino-Silva, 2015).

Conclusões

A partir do exposto pode-se concluir que o atendimento sequencial parece ser uma alternativa de busca ativa e acompanhamento da saúde bucal de crianças e adolescentes asmáticos de forma qualificada e integral na Atenção Primária à Saúde. Destaca-se também a importância da participação constante da equipe de saúde bucal nas consultas sequenciais e coletivas para garantir o adequado acompanhamento da saúde bucal de crianças e adolescentes com asma.

Apêndice 1 Fluxograma do cuidado compartilhado em asma

Identificando necessidades, planejando e adaptando estratégias utilizadas para portadores de doenças crônicas.

“Batendo um RX”: a asma é a doença crônica mais comum na infância, é o motivo que mais leva crianças e adolescentes às emergências e a internações desnecessárias. Existem fortes evidências que, se bem controlada, melhora a qualidade de vida e reduz morbimortalidade.

Sonhando e planejando: o que foi feito em outros lugares? Podemos aplicar aqui? Vamos tentar? Como vamos avaliar para ver se dá certo?

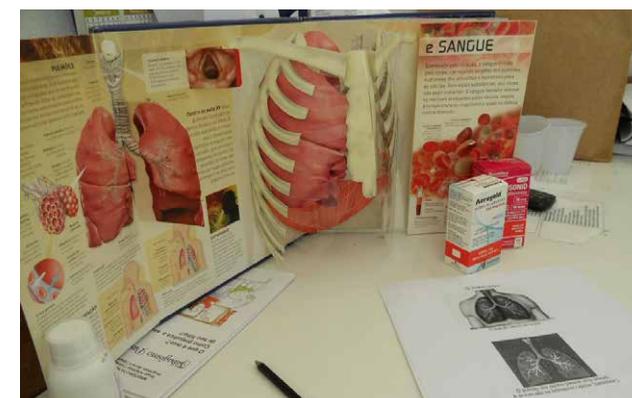
Experimentando e adaptando a realidade local: na prática, isso é possível ser feito? Qual o melhor jeito? O que precisa mudar? Como melhorar?

Na prática – Atenção compartilhada

Preparando tudo: as salas de atendimento (plano de ação e questionário não preenchido), verificando a planilha, os boletins, os prontuários, receituários padronizados, medicamentos, materiais educativos...

Consulta médica: é asma? Está controlada? Qual os medicamentos utilizar?

Consulta enfermagem: o que é asma? O que acontece? Entendi o que fazer?



Consulta farmacêutica: entendi bem como fazer? E sobre os medicamentos: entendi a prescrição? Como eles agem? Existem dificuldades para a adesão?

Incluindo profissionais da saúde bucal: assistir de forma integral e evitar oportunidades perdidas. Um modelo sempre em construção, mas que mantém o foco na criança.



2.6 O cuidado multiprofissional de pessoas com fissura labiopalatina tratadas em uma unidade do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: saúde bucal em foco

Ana Maria Bezerra Bandeira (Bandeira, AMB)

Doutora em Biomateriais IME/COPPE/ UFRJ
Coordenadora de Ensino e Extensão HESFA/UFRJ
Ortodontista do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto - HMNSL

Ana Caroline de Aguiar Bruno (Bruno, ACA)

Mestranda em Clínica Odontológica - FO/UFRJ
Especialista em Estomatologia - FO/UFRJ
Odontóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Arraial do Cabo - RJ

Ana Cláudia de Oliveira Cruz (Cruz, ACO)

Especialista em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares- ABOM
Chefe do Centro de Tratamento de Fissuras Labiopalatinas (CEFIL) do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto - HMNSL

Ana Cristina Rey (Rey, AC)

Mestre em Ortodontia FO/UFRJ
Chefe da Odontologia do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto -HMNSL
Professora da Universidade Salgado de Oliveira- UNIVERSO

Marcio Lima Leal Arnaut Junior (Arnaut Jr, MLL)

Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Centro de Tratamento de Fissuras Labiopalatinas (CEFIL) do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto HMNSL
Professor de Cirurgia Plástica - Faculdade de Medicina UFF

Maria Angelina Amorim Oliveira (Oliveira, MAA)

Mestre em Odontologia, Área de concentração: Odontopediatria - UERJ.
Odontopediatra do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto - HMNSL

Marilene Danieli Simões Dutra (Dutra, MDS)

Doutora em Saúde Coletiva IESC/ UFRJ
Fonoaudióloga do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto - HMNSL

Referências

Lenz MLM, Camillo EG, Faustino-Silva DD, Pires NBV, Flores R. Atendimento sequencial multiprofissional de crianças e adolescentes com asma em um serviço de Atenção Primária à Saúde. Rev. APS. 2014 out/dez; 17(4): 438 – 449.

Faustino-Silva DD, Pereira CSF, Rezende G, Lopes NM. Implicações da asma e seu tratamento na cavidade bucal: orientações e recomendações para Equipes de Saúde Bucal. In: Atenção à saúde das crianças e adolescentes com asma / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores; ilustração de Maria Lucia Medeiros Lenz. – 3. ed. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, dez. 2015. 129 p.: il.: 30 cm.

Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária (Brasil). Monitoramento e avaliação: relatório de avaliação. 2010.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Este capítulo objetiva apresentar ações desafiadoras desenvolvidas e implementadas por equipe multiprofissional (EM) de um centro de referência (CEFIL) no tratamento de pessoas com fissuras labiopalatinas (FLP). Esta EM é formada pelo tripé Odontologia, Cirurgia Plástica e Fonoaudiologia, e atua não somente em prol da reabilitação da saúde bucal (SB), mas também tem olhar ampliado contemplando saberes da Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Estas experiências vivenciadas no SUS trazem resultados impactantes na estética facial, fonação, restabelecimento do sorriso e autoestima. Segundo a Organização Mundial da Saúde, é importante uma EM para reabilitação integral destas pessoas^{1,2}. O acompanhamento longitudinal acontece desde o primeiro dia de vida do bebê, visando melhorar a integração familiar e social².

A atuação da EM, no acesso às pessoas com FLP ao CEFIL (Figura 1), atende à demanda de SB porque o diagnóstico da FLP é realizado pela Odontologia, planejando as etapas iniciais do tratamento. Cuidados e

intervenções necessárias são definidos na perspectiva multiprofissional. Estas ações não são descoladas da abordagem integral, mesmo que sejam realizadas em faixas etárias diferentes. Há interdisciplinaridade entre os profissionais reabilitadores, além do indispensável protocolo clínico de atendimento.

As FLP são malformações orofaciais ocasionadas pela não fusão dos processos maxilares/palatinos durante a vida intrauterina, em média, da sexta a décima semana^{3,4}, resultando na fissura do lábio/palato. Tem incidência de 1/650 nascimentos no Brasil, totalizando 5800 novos casos/ano, e é a malformação mais comum da face.³ Tendo como referência o forame incisivo, de acordo com a classificação de Spina (1972), as fissuras são classificadas em: pré-forame incisivo unilateral, bilateral e mediana; transforame incisivo, de maior gravidade, unilateral ou bilateral, envolvendo lábio, rebordo alveolar e o palato; pós-forame incisivo, palatinas e geralmente medianas, podendo acometer a úvula ou partes do palato duro/mole^{4,5}.



Figura 1: Fluxograma do atendimento da pessoa com fissura labiopalatina (FLP) do Centro de Tratamento de Fissurados (CEFIL) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde com foco na SB. Os usuários com FLP provenientes da maternidade (recém-nato) ou das clínicas da família (demais idades) são inseridos no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para obterem seu primeiro atendimento odontológico no CEFIL. Em sequência, segue o tratamento multiprofissional. O cuidado da SB envolve procedimentos incluídos na atenção primária até aos de alta complexidade presentes na ortodontia, odontopediatria, clínica geral, implantodontia e prótese. Entretanto, quando há necessidade das demais especialidades odontológicas, tais como cirurgia bucomaxilo facial, endodontia, periodontia e estomatologia, os usuários são encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

A etiologia é multifatorial⁶ e os fatores relacionados são: hereditariedade, alcoolismo, drogas, uso de corticoides, estresse e idade dos pais. Quanto maior a idade do casal, maior chance de gerar um filho fissurado⁷. Na sequência será descrita a abordagem multiprofissional no tratamento das pessoas com FLP deste centro.

Pacientes fissurados ou grávidas de bebês com FLP são avaliados em uma consulta multiprofissional para dirimir dúvidas relacionadas ao tipo de fissura, tratamento, planejamento e acompanhamento nas demais especialidades do CEFIL.

A equipe de SB é composta por odontólogos em especialidades como: ortodontia, odontopediatria, prótese, cirurgia bucomaxilofacial, implantodontia, clínica geral e protéticos (responsáveis pelos trabalhos laboratoriais). O ortodontista/odontopediatra faz o primeiro atendimento ao recém-nascido (RN) conjuntamente com fonoaudiologia (Tabelas 1 e 2), diagnosticando a FLP. Avalia-se a necessidade de confecção da placa obturadora de palato (POP) que veda a FLP, impedindo a passagem de leite à cavidade nasal, melhorando sucção, amamentação e posicionamento da língua, evitando sua acomodação na FLP e direcionando o crescimento ósseo, favorecendo os procedimentos cirúrgicos. Uma moldagem da arcada superior é realizada na presença do pediatra do CEFIL. Sobre o modelo de gesso obtido (Figura 2), o protético confecciona a POP que é instalada utilizando um gel fixador.

Faixa Etária	Tipo de Fissura	Principais Condutas
Gestante	FL/FLP	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhamento para consulta multiprofissional; Avaliação da ultrassonografia junto com a família; Orientações quanto a etiologia, conduta de tratamento e acolhimento no CEFIL após o nascimento do bebê.
Primeiro atendimento do RN	FL/FLP	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico da fissura; Instrução de higiene bucal e da importância do acompanhamento multiprofissional; Orientações quanto a amamentação (Odontologia/Fonoaudiologia).
	FL FLP	<ul style="list-style-type: none"> Uso da fita adesiva. Confecção da POP e orientações quanto o uso; Uso da fita adesiva.
0 a 6 meses	FLS FLP	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento trimestral até a realização da rinoqueiloplastia; Observação da cronologia de erupção dentária. Acompanhamento mensal do uso da POP até a realização da palatoplastia.
6 meses a 6 anos	FL/FLP	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento com odontopediatra da cronologia de erupção dentária; Controle e avaliação do desenvolvimento da oclusão; Intervalo entre as consultas determinado pelo risco de cárie.
6 anos	FL/FLP	<ul style="list-style-type: none"> Todos os pacientes com fissura envolvendo rebordo alveolar são avaliados quanto à indicação de enxerto secundário.
6 a 12 anos	FL/FLP	<ul style="list-style-type: none"> Preparo ortodôntico pré-enxertia; Enxertia secundária quando o canino superior estiver com 2/3 de raiz formada. Enxertia terciária quando o canino superior estiver irrompido.
12 aos 18 anos	FL/FLP	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento ortodôntico corretivo ou tratamento orto-cirúrgico.

Tabela 1: Atuação da Odontologia no tratamento da pessoa com fissura labial (FL) ou labiopalatina (FLP) de acordo com a faixa etária.

Faixa Etária	Tipo de Fissura	Principais Condutas
Gestante	FL/FLP	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento; Esclarecimento de dúvidas; Primeiras orientações quanto a amamentação.
Primeiro atendimento ao RN	FL	<ul style="list-style-type: none"> Orientações quanto ao aleitamento materno; Adequação da postura em caso de preferência de seio.
	FLP	<ul style="list-style-type: none"> Orientações quanto à postura, duração das mamadas, manobras facilitadoras;
	FL	<ul style="list-style-type: none"> Auxílio quanto à seleção e manuseio de utensílios.
Segundo atendimento (revisão)	FL/FLP	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhamento para consulta multiprofissional; Encaminhamento para diagnóstico audiológico (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico, Impedanciometria e avaliação auditiva comportamental); Consulta mensal - acompanhar o desenvolvimento; Massagens pré-operatórias.
	FL/FLP	<ul style="list-style-type: none"> Consulta mensal - acompanhar o desenvolvimento global; Massagens pré-operatórias; Reforço das orientações anteriores.
1 a 6 meses	FL/FLP	<ul style="list-style-type: none"> Consulta mensal - acompanhar o desenvolvimento global; Massagens pré-operatórias; Reforço das orientações anteriores.
6 meses a 1 ano	FL/PLP	<ul style="list-style-type: none"> Consulta mensal - acompanhar o desenvolvimento global; Massagens pré-operatórias; Monitoramento audiológico (Avaliação audiológica infantil).
1 a 2 anos	FL	<ul style="list-style-type: none"> Consultas trimestrais - acompanhar o desenvolvimento global.
	FLP	<ul style="list-style-type: none"> Consulta mensal - acompanhar o desenvolvimento global; Exercício pós-palatoplastia; Reforço das orientações; Monitoramento audiológico (Avaliação audiológica infantil).
Após 2 anos	FL	<ul style="list-style-type: none"> Alta assistida.
	FLP	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação de possíveis sequelas; Terapia fonoaudiológica sistemática em caso de alterações de fala e/ou voz; Monitoramento audiológico.

Tabela 2. Atuação Fonoaudiológica no tratamento da pessoa com fissura labial (FL) ou labiopalatina (FLP) de acordo com a faixa etária.

Após o nascimento, a prioridade é a alimentação. Os bebês com fissura labial isolada, em geral, não apresentam dificuldades na sucção e o aleitamento materno é incentivado. Entretanto, os que possuem FLP, apresentam dificuldade em estabelecer a pressão intraoral adequada para uma sucção nutritiva eficiente, provocando alto gasto calórico e perda ponderal. Nestes casos, indicada a POP, o fonoaudiólogo avalia o bebê e realiza as orientações aos pais quanto à postura, duração das mamadas, manobras facilitadoras e auxilia na seleção dos utensílios necessários e seu manuseio. Além de atuar na reeducação das funções

estomatognáticas, o fonoaudiólogo é responsável por orientar massagens pré e pós-cirúrgicas e o odontólogo indica fita adesiva (Figura 3) para aproximar os tecidos do lábio. Faz parte do protocolo, o diagnóstico e monitoramento audiológico desde o nascimento, devido aos riscos de perdas auditivas. Acompanha-se mensalmente até a intervenção cirúrgica, caso seja necessário, confeccionam-se novas POPs. Embora fatores como o atendimento multidisciplinar, técnicas cirúrgicas, cronologia e adesão ao tratamento diminuam os riscos de sequelas, o acompanhamento fonoaudiológico durante o desenvolvimento da fala é realizado com o objetivo de diagnosticar e tratar possíveis alterações.

Distúrbio articulatorio compensatório e presença de hipernasalidade são frequentes⁸.

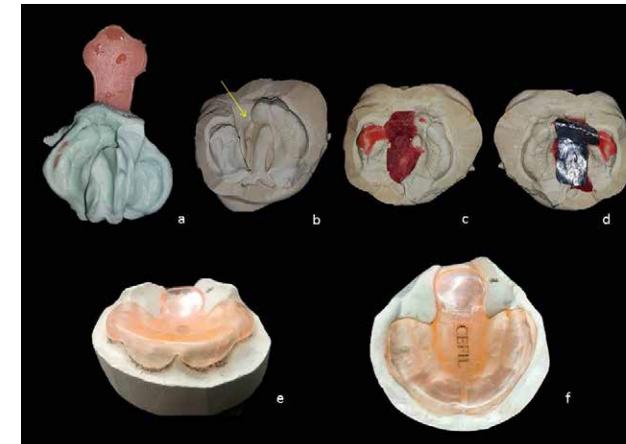


Figura 2. Sequência de confecção laboratorial da POP: (a) Moldagem do palato do RN, utilizando moldeira personalizada e silicone de condensação; (b) Modelo de trabalho em gesso pedra III, fissura indicada pela seta amarela; (c) Obliteração da área da fenda com cera utility e/ou 7; (d) Aplicação de lâmina de chumbo para nivelamento de palato; (e) Vista anterior da POP confeccionada em resina acrílica auto-polimerizável; (f) POP, vista superior. (Cortesia de Dra. A. M. B. Bandeira; L. V. Ayres; L.F.F. Galvão de Sá)



Figura 3. Fita adesiva utilizada para unir os lábios separados. (Cortesia de Dra. A.M.B. Bandeira)

No primeiro ano de vida, avaliações com nutricionista são frequentes, de acordo com a necessidade. Muitas mães, usando mamadeiras, amamentam com seu leite até o sexto mês, caso contrário, o leite de fórmula é indicado. Antes da consulta, os RNs são pesados e medidos pela enfermagem e a nutricionista faz um gráfico de crescimento, para acompanhar relação peso/altura/idade. Em seguida, há introdução alimentar gradual, respeitando uma tabela de alimentos, entregue um guia de orientações e anotado tipo de alimento, quantidade, modo de preparo e frequência. Visando a cirurgia plástica (CP) é introduzido suplemento proteico para fortalecer os músculos próximos à área a ser operada e ter melhor pós-operatório reduzindo fistulas no palato.

A CP realiza a rinoqueiloplastia entre três e seis meses de vida e a palatoplastia entre doze e dezoito meses (Tabela 3). Quando a fissura é transforame, associamos a palatoplastia anterior (retalho de vômer) à rinoqueiloplastia. Além da CP, Pediatria e Otorrinolaringologia acompanham o desenvolvimento das pessoas com FLP que apresentam problemas nasais, na garganta e nos ouvidos, devido às alterações na tuba auditiva, que podem permanecer mesmo após a palatoplastia.

Neste acolhimento, a enfermagem compõe a EM, realizando entrevista de saúde, acompanhamento pós-cirúrgico e ações específicas nas consultas de puericultura.

Faixa Etária	Tipo de Fissura	Principais Condutas
3 a 6 meses	FL	• Rinoqueiloplastia;
	FLP	• Rinoqueiloplastia + Palatoplastia Anterior (Retalho de vômer).
12 a 18 meses	FLP/FP	• Palatoplastia.
4 a 6 anos	FL/FLP	• Revisão de lábio e/ou nariz;
	FLP/FP	• Correção de fístulas oronasais e nasoalveolares;
7 a 9 anos	FL/FLP	• Revisão de Palato (insuficiência velofaríngea).
	FL/FLP	• Enxertia óssea alveolar secundária (com impação de pré-maxila, caso seja bilateral com desnível de pré-maxila).
Após 16 anos	FL/FLP/FP	• Cirurgia Ortognática;
		• Rinoplastia Estruturada.

Tabela 3: Atuação da Cirurgia Plástica no tratamento da pessoa com fissura labial (FL), labiopalatina (FLP) e palatina (FP), de acordo com a faixa etária.

A psicologia presta auxílio para o fissurado e sua família. A conscientização da colaboração dos pais no tratamento é reforçada. Após a intervenção cirúrgica, sequelas psicossociais repercutem na qualidade de vida dos indivíduos, limitando suas atividades e restringindo participação social⁹.

Considerando-se a atuação ampliada da EM, a terapia ocupacional é importante para que, no momento da intervenção cirúrgica, o bebê esteja com desenvolvimento motor compatível com a idade. Na primeira consulta, testam-se reflexos primitivos, orientando-se quanto à posição ideal para segurá-lo no colo, para engolir menos ar e ter menos cólicas. As consultas são mensais até o bebê andar e o acompanhamento acontece em qualquer idade.

Prosseguindo o tratamento, crianças FLP com seis anos, são avaliadas pela odontologia quanto a indicação de enxertia óssea secundária/terciária; necessidade de preparo ortodôntico prévio; estágio evolutivo radicular do canino permanente; mordida cruzada, tratada previamente à enxertia e presença de fístula. Na sequência, é avaliada a necessidade de: alinhamento dentário, cirurgia ortognática, próteses e implantes dentários. Agenesias e alterações dentárias são comuns, determinando acompanhamento odontológico para intervir devolvendo função e estética.

O sucesso do tratamento depende do conhecimento de seus direitos, das condições determinantes de saúde onde vive para formular estratégias de ação, incluindo-o na rede socioassistencial, realizado pelo Serviço Social¹⁰.

O planejamento do tratamento da pessoa com FLP, precisa ser realizado integralmente por uma EM preparada para restabelecer não só a SB, mas também sua qualidade de vida, a partir de um atendimento humanizado e resolutivo.

Referências

1. Kuhn VD, Miranda C, Dalpian DM, Moraes CMB, Backes DS, Martins JS et al. Fissuras labiopalatais: revisão de literatura. Rev. Disciplinarum Scientia. 2012;13(2):237-45.

- Oliveira MF, Bandeira AMB. O cuidado multiprofissional no tratamento de pessoas com fissura labiopalatal: um relato de experiência. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto, 2017. Trabalho de Conclusão de Estágio da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- Cymrot M, Sales FCD, Teixeira FAA, Teixeira Júnior FAA, Teixeira GSB, Filho JFC et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um hospital pediátrico do nordeste brasileiro. Rev. Bras. Cir. Plást. 2010;25(4): 648-51.
- Bruno ACA, Bandeira AMB. Possibilidades terapêuticas de enxertia no reparo do rebordo alveolar de pessoas com fissura labiopalatal: uma revisão narrativa de literatura. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto, 2016. Trabalho de Conclusão de Estágio da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábiopalatinas: sugestão de modificação. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo. 1972;27(1):5-6.
- Bueno DF. O uso de células tronco adultas para o estudo da etiopatogenia das fissuras labiopalatinas e bioengenharia de tecidos [tese]. São Paulo: Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo; 2007.
- Abdo RCC, Machado MAAM. Odontopediatria nas fissuras labiopalatais. São Paulo: Ed. Santos; 2005.
- Viana Jesus MS, Di Nino CQMS. Fissura labiopalatina: fundamentos para a prática fonoaudiológica. São Paulo: Roca; 2009.
- Graciano MIG, Spósito C. A pessoa com fissura labiopalatina: conhecimento e concepção sobre deficiência. Arq Ciênc Saúde. 2011;18(4):143-15.
- Guia de Orientação do Centro de Tratamento de Fissuras Labiopalatais. Coordenação do CEFIL - Rio de Janeiro: SMSDC, 2012 [acesso em 20 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.soperj.org.br/novo/imagebank/cartilhacefil.pdf>

3 *Inovação do Cuidado e Clínica Ampliada*

3.1 Introdução – Inovação do cuidado e clínica ampliada

A necessidade de se construir um novo olhar para o cuidado baseado no diálogo e na criatividade possibilita a transformação social do papel dos profissionais no exercício da sua prática¹

por

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Professora Doutora do Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção da Saúde - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e membro fundador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Dorival Pedroso da Silva

Professor associado do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilo-faciais- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e membro fundador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Mariana Gabriel

Pós-doutoranda do Departamento de Odontologia Social - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e professora do curso de Odontologia da Universidade de Mogi das Cruzes.

Andrea Carla Franchini Melani

Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Maristela Honório Cayetano

Mariana Lopes Galante

Rachel Cesar de Almeida Santos

Marcelo Moreira de Jesus

Fabio Carneiro Martins

Daniela Gualter Martins

Aluno (a) de Pós-graduação do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e Colaborador (a) pela Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção de Saúde.

Maria Ercília de Araujo

Professora Titular Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção de Saúde- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e coordenadora do Observatório de Recursos Humanos em Odontologia (OBSERVARhODONTO).

O capítulo sobre inovação no cuidado tem um lugar especial neste livro, pois a chamada pública que resultou no desenvolvimento do projeto “SUS e saúde bucal no Brasil: Por um futuro com motivos para sorrir”, demonstrou a força e a potência de um SUS vivo, pulsante, criativo, ousado e que sobrevive a despeito dos inúmeros ataques diários que sofre. Ademais, nossa experiência ensinando clínica ampliada para graduação em Odontologia e inovando no cuidado nos ambulatórios de reabilitação do paciente com câncer de boca², nos permitiu vivenciar as possibilidades da ampliação da clínica, e compartilhar essa caminhada com você leitor e leitora é uma grande honra.

Vamos refletir por um instante?

Quando pensamos em inovação do cuidado o que vem na sua cabeça?

A figura 1 ou a figura 2?



Figura 1. Reunião de equipe.



Figura 2. Homem utilizando óculo de realidade virtual

Quando buscamos o significado de inovar nos deparamos com algumas definições, que incluem:

“Inovar é a ação ou o ato de inovar, ou seja, modificando antigos costumes, manias, legislações, processos e etc.; efeito de renovação ou criação de uma novidade. O conceito de inovação é bastante utilizado no contexto empresarial, ambiental ou mesmo econômico. Neste sentido, o ato de inovar significa a necessidade de criar caminhos ou estratégias diferentes, aos habituais meios, para atingir determinado objetivo. Inovar é inventar, sejam ideias, processos, ferramentas ou serviços.” (<https://www.significados.com.br/inovacao/>).

A Wikipédia define Inovação como sendo o

“Ato de criar algo novo. A palavra é derivada do termo latino innovatio, e se refere a uma ideia, método ou objeto que é criado e que pouco se parece com padrões anteriores. Hoje, a palavra inovação é mais usada no contexto de ideias e invenções assim como a exploração econômica relacionada, sendo que inovação é invenção que chega no mercado. Atualmente, a separação entre inovação e produção é considerada fraca, às vezes tendendo a se mesclar e confundir com o passar do tempo. De acordo com Christopher Freeman, inovação é o processo que inclui as atividades técnicas, concepção, desenvolvimento, gestão e que resulta na comercialização de novos (ou melhorados) produtos, ou na primeira utilização de novos (ou melhorados) processos”.

Por que inovar no cuidado se o que fazemos é tão bom e está dando certo? E como podemos inovar na clínica odontológica? Essas e outras questões serão melhor exploradas ao longo do texto e esperamos que você, querido leitor, aluno de graduação, trabalhador do Sistema Único de Saúde, dentista da iniciativa privada ou gestor, possa se inspirar e ousar interferindo e ampliando a clínica.

Se inovar é ter ideias novas e modificar o padrão vigente, o primeiro pressuposto para tal é se permitir fazer algo diferente do usual. O que exige que nossas mentes estejam abertas ao novo e que estejamos dispostos a abrir mão de verdades e práticas já estabelecidas. Portanto, o convite ao leitor é que você se permita, inclusive criticar sua própria prática. Este não é um chamado fácil, pois teremos que sair da nossa zona de conforto para viver essa inovação.

Inovamos quando ampliamos o conceito de clínica e a enxergamos para além da assistência individual. Para que se compreenda clínica ampliada, precisamos retomar os conceitos de integralidade abordados no capítulo “SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SUS é vida, eu sou SUS”, que afirma que a integralidade tem pelo menos dois aspectos. O primeiro é a necessidade de que o paciente seja visto como um todo e que receba um atendimento que leve em conta diversos aspectos, incluindo a prevenção e o tratamento de

doenças. O segundo aspecto da integralidade é relativo ao trabalho conjunto de vários setores, para a construção de políticas públicas, que melhorem a saúde e as condições de vida dos cidadãos. Ainda podemos entender a integralidade do ponto de vista do sistema de saúde, que garante acesso do usuário, ao cuidado em saúde, da atenção básica à alta complexidade.

Para exercer a inovação, ampliando a clínica, é necessário que se considere a saúde de forma integral, envolvendo condições biológicas, sociais, psicológicas, ambientais e políticas, sempre focando em um dado território. Cunha (2005) (3), afirma que uma clínica ampliada opera com os dois nichos cruciais: o eixo do sujeito enfermo e o eixo do processo de trabalho do profissional que se dedica ao cuidado da saúde humana, portanto outro aspecto fundamental que merece nossa reflexão é o fato de que um dos atores principais que amplia a clínica é o profissional, a integralidade do cuidado e a clínica ampliada são, portanto, profissionais dependentes.

É claro que a pessoa enferma tem papel fundamental, e estimular a participação popular e o protagonismo do usuário no processo do cuidado em saúde é um importante diferencial e certamente induz a melhora da clínica e do próprio sistema, mas se a rede de saúde ou o sistema de saúde não possuem profissionais aptos a exercer a integralidade do cuidado, a viabilidade da clínica ampliada fica comprometida, assim como a gestão precisa também compreender a importância da inovação, através da clínica ampliada, e lançar mão de estratégias de indução desse processo, tanto da pessoa enferma quanto dos profissionais de saúde.

Neste cenário, a formação de recursos humanos em saúde tem papel central. Um sistema de saúde que deseje ampliar a clínica terá, necessariamente, que investir na formação em saúde, seja nos cursos de graduação seja na educação permanente de seus trabalhadores.

A proposta da Clínica ampliada e compartilhada inclui 5 eixos fundamentais:

1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença;	• Evita abordagens muito específicas, muito focadas na doença como fenômeno puramente biológico. Busca-se correlações de forças tais como econômicas, culturais, étnicas, além da situação afetiva, por exemplo da pessoa enferma para construção de projeto terapêutico singular.
2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticos;	• Se reconhecemos que o processo saúde doença é complexo, devemos admitir que com nossos saberes acumulados, nem sempre, conseguimos propor soluções que atendam à necessidade de cuidado integral do usuário, e para tanto reconhecemos nos colegas e outras categorias profissionais habilidades e competências que se somadas garantem ações mais resolutivas e eficazes.
3. Ampliação do “objeto de trabalho”;	• O objeto de trabalho deixa de ser uma parte (aspecto muito frequente nos modelos altamente especializados), para um ser humano completo e complexo. Um dos desafios da clínica ampliada é entender essa pessoa como resultado do seu meio (território) e para isso, se queremos ousar no cuidado temos, necessariamente que conhecer o território no qual o usuário vive.
4. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho;	• A Clínica ampliada pressupõe uma intensa revolução nos meios e instrumentos de trabalho. A inovação proposta nesta transformação reside na capacidade de escuta qualificada do outro e de si mesmo, na capacidade de lidar com condutas já estabelecidas de forma crítica e reflexiva e de compreender e lidar com problemas sociais e subjetivos, seja no contexto da família ou da comunidade. Observe que esta transformação está muito mais relacionada à mudança de prática ao invés da incorporação de tecnologias duras.

5. Suporte para os profissionais de saúde;

• Exercer a clínica ampliada exige do profissional uma entrega ao “caso”, que por vezes resulta em uma carga muito pesada. A gestão precisa estar atenta a sinais e sintomas de adoecimento de sua equipe e proporcionar discussões e reuniões para que estes temas sejam abordados.

Figura 3. Adaptado de HumanizaSUS⁴. Fundamentos da Clínica Ampliada.

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, nos impõe um olhar ampliado do processo saúde doença, com reconhecimento da importância da determinação social em detrimento do conceito reduzido e monocausal de saúde, como mera e simples ausência de doença, devemos, portanto, reconhecer as interfaces entre o biológico, o psíquico e social do processo saúde doença, para que possamos “cuidar do outro como gostaríamos de ser cuidados”.

Se desejamos formar profissionais com habilidades para além da técnica, necessariamente teremos que transformar a formação em saúde, no Brasil os cursos da área da saúde promoveram importantes mudanças em suas matrizes curriculares e na Odontologia este processo aconteceu desde 2002, quando a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)⁵, que definem no artigo 3º que:

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. (Brasil, 2002)

Antes de ampliar a clínica, o que devemos saber?

Para pensarmos necessidades de saúde e compreendermos as múltiplas dimensões do cuidado, antes de mais nada é necessário refletirmos a complexidade do “conceito” de saúde (e será que existe mesmo um conceito?).

Segundo Naomar de Almeida Filho em seu texto: O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? O autor aponta que “A sociedade literalmente bate à porta das instituições acadêmicas e científicas que supostamente deveriam saber o que é, como se mede e como se promove essa tal de “saúde”.

Essa é uma discussão filosófica que há tempos está presente em nossa sociedade, e por vezes é questionada. Existe uma imensa busca por definições científicas e compreensões sobre esse conceito, muito embora seja difícil encontrar uma maneira objetiva e definitiva para ele.

A “Organização Mundial de Saúde” (OMS) quando define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” evoluiu em relação ao anterior, ou seja, quando a compreensão se restringia apenas a ausência de afecções e enfermidades. Porém, esse conceito se distancia muito de uma realidade possível e alguns autores o colocam como utópica. Saúde seria então saber lidar com as dificuldades (e doenças) de maneira equilibrada? Não no sentido de estabilidade, mas sim de um movimento onde saúde e doença caminham juntos. Algo importante também a ser mencionado nessa discussão seria uma certa temporalidade desse estado, uma vez que a morte é certa e ainda apresentamos dificuldade de lidar com ela.

Fazendo um paralelo entre essas inquietações e as profissões de saúde observamos que historicamente pensamos em uma forma de eliminar a doença, somos profissionais de saúde, mas na verdade vivemos e somos formados para diagnosticar e tratar a doença, essas são contradições reais e persistentes na área da saúde. Saúde não pode ser entendida e resumida a prestação de serviço, por isso não podemos pensar nas dimensões do cuidado como formas de lidar com a doença.

Sendo assim, para esse capítulo, vamos tomar como “norte” as necessidades de saúde como intervenções e práticas ampliadas, compreendendo a complexidade do tema e a individualidade dos diferentes sujeitos. Alguns autores apresentam essa abordagem como taxonomia de necessidades de saúde, a partir de quatro conjuntos, entre eles:

- i) “boas condições de vida”,
- ii) “ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, sendo essas tecnologias leve, leve-duras e duras”
- iii) “vínculos afetivos e/ou efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional
- iv) cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida.

Após esse panorama das necessidades fica mais claro a amplitude que o cuidado em saúde representa. Sendo compreendido, como uma dimensão da integralidade, deve permear todas as práticas de saúde, a partir de relação intersubjetiva que articulam o saber profissional (interdisciplinar e multidisciplinar), as tecnologias necessárias e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro.

Os serviços de saúde passam por constantes modificações para dar conta dessa complexidade e ofertar um serviço que seja efetivo que de conta dessas múltiplas dimensões do cuidado, no entanto enfrentamos desafios que devem ser considerados.

Entre eles a demanda, na atenção primária, por exemplo, os modelos assistenciais e a organização do processo de trabalho apresentam, quase sempre, pouca flexibilidade em relação as necessidades e anseios de saúde da população, principalmente no que se refere a demanda espontânea, pois essa apresenta peculiaridades que deve ser trabalhadas no sentido de diferenciar esse atendimento dos realizados em prontos socorro não podendo se resumir o cuidado em uma postura de queixa-conduta, mas sim receber e acolher esse usuário em seus momentos de necessidade.

Outro desafio existente está relacionado ao profissional da saúde, ainda estamos muito direcionados a prática curativas e hospitalares, em detrimento das práticas integrais e resolutivas de cuidado, ou seja, com um trabalho em equipe, com ações de promoção e prevenção para os usuários e com enfoque ampliado do processo saúde doença.

Considerando a amplitude desse tema se faz necessário buscar efetivar a prática do cuidado em diferentes dimensões favorecendo estratégias de colaboração e compartilhamento para alcançar os princípios do SUS. As intervenções de cuidado em saúde devem buscar tratar a doença, mas também diminuir as iniquidades relacionadas as diferenças sociais por meio de políticas intersetoriais e de caráter transversal.

Como a clínica ampliada se desenvolve?

A escuta qualificada é um instrumento poderoso da Clínica Ampliada, pois permite ao trabalhador da saúde, buscar junto ao usuário, os motivos pelos quais ele adoeceu, de modo a permitir que o usuário compreenda seu estado de adoecimento e se co-responsabilize na produção de sua saúde. É importante estar atento para o vínculo entre os trabalhadores de saúde e usuários, estimulando a autonomia da pessoa enferma diante do

seu tratamento, ao mesmo tempo em que seu caso é tratado de forma única e singular. Observem como neste cenário de inovação do cuidado, o profissional tem que ter habilidades de comunicação, escuta qualificada e acolhimento! Será que atualmente faculdades e universidades formam profissionais com este perfil? Estamos estimulando a autonomia de nossos usuários? A gestão tem permitido fazer esta inovação?

Como posso implantar a clínica ampliada no serviço de saúde?

Primeiramente, para implantar a clínica ampliada e humanizá-la, emprestamos as palavras do Prof. Dr. Dalton de Paula Ramos, professor titular de Bioética da Faculdade de Odontologia da USP, que afirma que para exercer uma clínica humanizada, e, portanto, ampliada, é necessário despertar o humano que existe em cada um dos atores que compõem o cenário do cuidado.

A Política Nacional de Humanização (PNH), que no SUS tem se dedicado às ações e à indução da ampliação da clínica, disponibiliza uma cartilha com propostas e orientações acerca da Clínica Ampliada para consulta das equipes de saúde e usuários, disponível em www.saude.gov.br/humanizasus.

Neste documento os autores afirmam que no dia a dia do cuidado é possível analisar se estamos conseguindo concretizar a inovação que resulta na ampliação da clínica. Eles sugerem pontos que podem ser



Figura 4. Questões norteadoras para auxiliar na verificação de que tipo de clínica está sendo produzida em um serviço ou por uma equipe.

discutidos pela equipe de saúde para verificar que tipo de clínica está sendo produzida em um determinado serviço, a seguir algumas perguntas chave que foram adaptadas para realidade da saúde bucal:

Para inovar com criatividade e diálogo é importante também que sejam discutidas outras orientações ético-políticas, como o Projeto Terapêutico Singular, Equipe de referência e apoio matricial, co-gestão e o acolhimento. Busque saber mais sobre esses conceitos e amplie sua clínica, transformando a prática do cotidiano em algo novo.

A seguir vamos contar um pouco do que fazemos, efetivamente, para ampliar a clínica, e esperamos que essas experiências possam contribuir para transformar sua prática.

3.1.1 Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção de Saúde

A Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção de saúde (CAPS) é ministrada para o primeiro ano do curso de graduação da Faculdade de Odontologia da USP em 2006. Sua proposta é que o estudante participe ativamente de sua formação, construindo seu conhecimento a partir de vivências nos serviços de atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde (extramuros) com base na tríade ensino / serviço / comunidade^{6,7}. (Figura 5)

Fundamentalmente, a CAPS trabalha com os alunos a percepção de que o processo saúde doença se dá a partir de um território e suas características. Utilizando o referencial teórico de Milton Santos, provocamos nos alunos a reflexão de que o território é composto por fluxos e fixos, que fazem desse território algo vivo, em constante modificação e transformação e que o setor saúde se organiza na lógica do território e da territorialização. Para tanto, a CAPS investe parte importante de suas horas-aula na realização de atividades extra-murais e a seguir relatamos um pouco da percepção, expressa nos portfólios de avaliação, dos alunos diante do que vivenciaram. Estes trechos fazem parte do um projeto de pesquisa aprovado pelo CEP-FOUSP e todos os alunos que aceitaram voluntariamente terem seus portfólios incluídos na pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.



Figura 5: Tripé no qual está organizada a Disciplina CAPS

“A CAPS me proporcionou estar perto de uma realidade muito distinta da minha” (Aluno 4)

“Eu confesso que no início eu achava que as atividades na favela seriam perigosas e ofereceriam riscos a mim devido às notícias de violência e tráfico de drogas nesses locais. Porém, com as atividades, notei que eu estava errado e felizmente consegui quebrar essa barreira do preconceito.” (Aluno34)

“Senti que estavam me tirando da bolha que eu sempre fiquei... Primeira dificuldade foi o impacto e aceitar a situação diante de meus olhos. Para superar tudo procuro ver o máximo e ouvir o máximo dessas pessoas (moradores do território), conhecer o que até outro dia era algo desconhecido. Aprendi uma nova realidade, descobri que nem tudo é o que comentam, na

mídia e nos corredores da faculdade, pelo contrário, disseram que todos ali seriam problemáticos, encontro mais sorrisos nesse espaço do que em um espaço considerado melhor.” (Aluno 70).

“Para mim a principal dificuldade encontrada foi o choque de realidades, eu estava acostumada a viver em uma bolha ... eu tinha diversos pré-conceitos que foram quebrados um a um ao perceber que o mundo era bem diferente do eu estava acostumada a ver. As visitas me fizeram olhar para o SUS com outros olhos, antes eu acreditava que ele era péssimo sem nenhum tipo de assistencialismo, mas depois do contato direto com as Agentes Comunitárias de Saúde na UBS eu percebi que existem programas ótimos do SUS com pessoas que dedicam o seu dia para melhorar a qualidade de vida das pessoas... Nesse primeiro módulo eu ainda não superei alguns preconceitos, então essa vai ser a minha meta principal nos próximos módulos, um desses preconceitos que ainda não foram superados é o medo que eu sinto ao andar pelo território sozinha, eu acabo sempre desconfiando de quem está a minha volta, devido a uma ideia, equivocada, de que todos lá são violentos e “corrompidos”, eu acredito que para quebrar esse conceito preestabelecido eu vá levar mais tempo, e provavelmente tenha que visitar mais vezes o território para perceber que nem tudo que me foi dito sobre essa área é verdade.” (Aluno 48)

O relato completo sobre a estrutura da CAPS está disponível na Revista da ABENO (2017) (8) mas o que fica claro para nós, do corpo docente é que precisamos despertar o humano nos nossos alunos e finalizamos com dois depoimentos que resumem e demonstram que estamos atingindo nossos objetivos:

“A disciplina é essencial, pois nos leva para fora da sala de aula e nos faz vivenciar um pouco da realidade da saúde pública no Brasil, contribuindo assim para minha formação como profissional e ser humano... Não basta ser apenas profissional em sua área, é preciso entender todo o processo que influencia na saúde, para assim, ser o diferencial e ajudar a população de maneira mais eficaz.” (Aluno 120)

“Todo o processo, desde as visitas até as discussões em sala de aula com os professores e os meus colegas de classe, contribuíram para o meu crescimento pessoal e meu lado humano. Agradeço as professoras e a FOUSP por inserirem essas experiências em minha vida e contribuírem para a formação de um cidadão e profissional melhor!” (Aluno 28)

3.1.2 Disciplina de Reabilitação Complexa Maxilo- Mandibular – Caso clínico que nos ajuda a concretizar o cuidado ampliado, humanizado e integral

Se por um lado a CAPS é uma disciplina do eixo da saúde coletiva, oferecida como disciplina obrigatória no início do curso de graduação, a disciplina de reabilitação complexa é ministrada de forma optativa e aos alunos que já tiveram pelo menos prótese total, idealmente. A primeira faz sua clínica no território e a segunda em um dos ambulatórios da FOUSP. Neste capítulo vamos contar história de um usuário, atendido no ambulatório e que experimentou uma clínica ousada e inovadora no seu cuidado. Partindo do pressuposto que o cuidado em saúde se dá a partir do “caso” e deve ser desenvolvido um projeto terapêutico singular para cada usuário e cada história de vida.

IMO, sexo masculino, 39 anos, natural da Paraíba, mora a 22 anos em São Paulo. Foi à Unidade Básica de Saúde com queixa de dor e aumento de volume em maxila. Foi encaminhado ao especialista para realização de uma biópsia. No dia 17 de set de 2001 recebeu o diagnóstico de mixossarcoma de maxila. Foi submetido à hemimaxilectomia, em hospital de alta complexidade do Sistema Único de Saúde, com extração de seis dentes.

Nosso projeto terapêutico singular incluiu:

Sessões de escuta qualificada para percepção sobre as queixas reais do paciente, suas expectativas e me-

dos. Nas falas do paciente ficava claro que a maior queixa era estética, após maxilectomia, pois o olho apresentava diplopia e muito maior que o seu contralateral, e a falta dos dentes o incomodava muito.

O que poderíamos como dentistas fazer de melhor por este paciente? Só o dentista pode resolver todas as queixas? Qual o papel da atenção básica neste contexto? A média complexidade tem papel neste cuidado? Como articular um cuidado integral e multiprofissional para elaborar e executar um projeto terapêutico singular quando o paciente precisa de uma reabilitação?

Nosso projeto, no contexto de um ambulatório de reabilitação maxilo facial, incluiu encaminhamento para cirurgia plástica reconstrutora que após seis procedimentos cirúrgicos chegou a um resultado estético satisfatório para o paciente. Outro grande incômodo do paciente era a falta de dentes e a própria comunicação buco-sinusal, que resultava em uma fala anasalada e muita secreção. Imediatamente, foi realizada uma primeira prótese para devolver dentes, tamponamento da comunicação e melhorar a autoestima e a confiança do paciente, a partir de uma fala que mexeu muito com nossa equipe:

“Assim, que... Não sei, não sei (Risos), se for bonita, for igual o céu da minha boca melhor ainda, porque quando eu abrir a minha boca eu não vou ver tanta diferença, entende? Isso importa sim, quem não gosta de vaidade?”

“Sem a prótese eu me sinto um lixo, na verdade ... antes da prótese eu não queria nem sair na rua ...depois da prótese normalizou bem. Ai eu posso sorrir bem, antes era um sorriso que, era muito feio. Um sorriso sem dente, eu acho que não tem graça”.

Foi proposto, além disso, o fechamento cirúrgico da comunicação intra-oral, com enxerto micro-cirúrgico antebraquial, o paciente retornou ao ambulatório para confecção de nova prótese parcial removível. O paciente foi, ainda, cuidado por outros profissionais, tais como fonoaudiologia e psicologia, atualmente, o paciente está reabilitado, trabalhando, convivendo com família e amigos, retornando ao ambulatório para controle da prótese e da saúde bucal regularmente, o mesmo foi contra referenciado para atenção básica, ordenadora do cuidado, para que este possa ser cuidado perto de sua casa.

Os medos do paciente refletem a necessidade do cuidado e manutenção dos dentes... um projeto de prevenção deve ser proposto, com visitas frequentes ao dentista, preferencialmente da atenção básica. Vistas domiciliares podem ser planejadas para garantir o vínculo do paciente com a equipe de saúde e a aderência do usuário ao tratamento.

“(...) meu medo é esse, que esses dentes venham a cair e ficar sem na parte superior... isso me preocupa.”

“Ai (risos) eu não sei nem explicar (risos), na verdade eu gostaria de ter meus dentes normais, sem estar precisando de prótese, mas eu espero que ela (a prótese) me ajude bastante”.

Para nossa reflexão:

Qual o papel da rede de atenção em saúde bucal no diagnóstico das lesões de tecidos moles?

Como ordenar o cuidado em casos como esses? E quem ordena este cuidado?

Qual o papel da prótese na qualidade de vida do usuário acometido por lesões de boca e tratados com grandes ressecções intra e extra orais?

Considerações Finais

Diálogo e criatividade contribuem para a viabilidade de uma clínica inovadora e ampliada. Inovar exige coragem e disposição de fazer do processo de trabalho algo novo. Vimos que dois nichos cruciais integram a clínica ampliada, à saber, o nicho do usuário enfermo e da equipe de saúde.

Foi possível observar que o processo de humanizar e ampliar a clínica depende dos profissionais que nela atuam, Araujo (2006)² nos alerta que a formação, deve estar em consonância com as necessidades de saúde bucal da população, e inserida no paradigma dos princípios do Sistema Único de Saúde, e para atender essas necessidades, os cursos de graduação devem também fazer movimentos corajosos para romper com a formação tradicional, dirigida ao mercado privado, essencialmente liberal, para uma formação que resulte em um profissional capaz de exercer a integralidade do cuidado e a clínica ampliada. Este profissional tem que ser crítico e reflexivo, por um lado, e ser ousado e capaz de dialogar com usuários, colegas de trabalho, gestão e sociedade, por outro. Este mesmo perfil também é desejável para os trabalhadores do SUS, afim de garantir um SUS vivo, pulsante, criativo, ousado e que resista a despeito dos inúmeros ataques diários que sofre.

Temos que lembrar que clínica ampliada pressupõe a construção de um projeto terapêutico singular, como base no “caso” e na “história de vida” do paciente, observar o conceito ampliado do processo saúde doença e pensar a construção do diagnóstico e da terapêutica de forma compartilhada e no contexto das equipes de saúde.

Espera-se que este texto e as experiências relatadas a seguir, de saúde bucal no SUS, sejam capazes de estimular mudanças nas práticas, para que a clínica ampliada seja uma realidade nos serviços de saúde.

Referências:

1. BARROS, S. et al. Innovative practices for health care. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, n. 41, p. 815-819, 2007.
2. ARAUJO ME. (2006). Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. Ciência & Saúde Coletiva, 11(1), 179-182
3. CUNHA Gt. A Construção Da Clínica Ampliada Na Atenção Básica. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. 212.
4. HUMANIZA SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
5. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 04 mar. 2002.
6. FEUERWERKER LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.
7. CECCIM RB, FEUERWERKER, LCM. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, 14(1):41-65.
8. CARRER FCA, CAYETANO MH, GABRIEL M, MELANI ACF, MARTINS JS, RIZZO HGM, LOPES M, LOPEZ-CAPP TT, DA SILVA DP, ARAÚJO ME. O ensino da Clínica Ampliada para ingressantes do curso de Odontologia: um relato de experiência. Revista da Abeno vol 17, n4 (2017)

3.2 Serviços odontológicos de urgência no Sistema Único de Saúde: proposições para a construção de uma linha de cuidado à dor de dente

Leonardo Essado Rios
Maria Goretti Queiroz

**“Onde quer que seja esse lugar que os sacerdotes chamam de inferno,
Onde todos os tons da miséria gritam,
E pestes enfileiradas seus números dizem,
Em terrível carne crua,
Tu, Dor de dente, seguramente sustenta o sino, No meio deles todos!”**
(Robert Burns, Estrofe do poema Discurso à Dor de Dente, 1786)

Neste capítulo, os autores discorrem sobre Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no Sistema Único de Saúde (SUS) e fazem proposições para a construção de uma linha de cuidado à dor de dente, entendida como a atenção integral à pessoa vítima de dor de origem dental ou bucal. A perspectiva apresentada advém principalmente de dois estudos que foram embasados na experiência de cirurgiões-dentistas (CD) em SOU de Goiânia, Goiás: um sobre o funcionamento destes serviços¹ e outro sobre o papel dos CD nos mesmos². Estudos realizados em outras localidades, cujos autores exploraram diferentes aspectos sobre SOU, tais como a percepção de gestores ou usuários, também são dialogicamente abordados³⁻⁵.

Destaque-se que os SOU mencionados não representam a atenção às urgências odontológicas em unidades básicas de saúde (UBS), nem na média (Centros de Especialidades Odontológicas – CEO) ou alta complexidade (Odontologia Hospitalar). Trata-se da atenção às urgências odontológicas situada no nível intermediário entre as UBS e as unidades de maior complexidade, ou seja, aquela que ocorre nas unidades de pronto-atendimento (UPA) e demais serviços de urgência 24h não hospitalares¹⁻⁶. Porém, a ideia para a linha de cuidado à dor de dente é que todos estes serviços constituam uma rede local de atenção, na qual os SOU ocupam posição estratégica, pensando-se no cuidado integral.

Para adentrar o universo dos SOU, parte-se da experiência humana da dor de dente, a principal queixa dos pacientes a motivar a procura pelo atendimento de urgência nestes serviços^{1,3}. A dor de dente costuma causar um enorme sofrimento às pessoas que a sentem, muitas vezes representando uma das piores sensações já vivenciadas, intolerável e capaz de enlouquecer⁷.

Tal sofrimento já foi por vezes traduzido por grandes mestres das artes. O célebre dramaturgo inglês William Shakespeare compôs sobre a dor de dente em uma de suas tragicomédias: “nunca houve até hoje um filósofo que pudesse suportar uma dor de dente pacientemente”. Pode-se mencionar também o poeta escocês Robert Burns, autor de Discurso à Dor de Dente, poema escrito quando ele estava suportando “as deliciosas sensações de uma dor de dente onipotente, enquanto cinquenta tropas de espíritos infernais lhe passavam de orelha a orelha ao longo dos maxilares”.

No Brasil, pesquisas nacionais realizadas nos últimos quinze anos⁸⁻¹² revelaram ocorrências alarmantes de dor de dente na população (Tabela 1). A síntese dos achados destes estudos evidencia, em linhas gerais, o seguinte panorama da dor de dente no país: é frequente na população e, muitas vezes, intensa.

Pesquisa	Síntese dos achados
SB Brasil* 2003	A dor de dente foi o principal motivo pelo qual a população buscou atendimento odontológico. Cerca de três a cada dez brasileiros (15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos) sentiram dor de dente (de baixa, média ou alta intensidade) nos seis meses anteriores à pesquisa.
SB Brasil* 2010	Cerca de três a cada dez adolescentes (12 anos, 15 a 19 anos) e adultos (35 a 44 anos) sentiram dor de dente nos seis meses anteriores à pesquisa, além de um a cada dez idosos (65 a 74 anos). Altos índices de dor com intensidades de média a alta.
PeNSE** 2009, 2012, 2015	Cerca de dois a cada dez adolescentes escolares relataram dor de dente nos últimos seis meses. Maior frequência para sexo feminino e escolas públicas.

Tabela 1. Dor de dente na população brasileira: achados de pesquisas nacionais (2003-2015). Fonte: elaborado pelos autores. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal; **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.

Conforme disposição da Política Nacional de Saúde Bucal, a dor de dente é uma situação de urgência, de modo que o indivíduo nesta condição deve receber atenção prioritária e ação resolutiva por parte dos serviços odontológicos no SUS¹³. A atenção pode acontecer tanto nas UBS quanto nos SOU¹³, bastante comuns especialmente em municípios de médio e grande porte^{1-5, 14, 15}.

Os SOU vêm se firmando como importantes componentes da rede pública de atenção em saúde bucal, funcionando como centros de referência para urgências odontológicas^{1, 2, 4, 5, 13-15}. Representam uma alternativa de porta aberta para a população, especialmente aos mais vulneráveis e os que não conseguem acessar serviços de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família seja por motivo de falta de cobertura, de alta demanda nestes serviços ou, por exemplo, trabalhadores que não podem acessar os serviços de saúde em horários convencionais^{1, 2, 4, 5, 13}. Assim, contribuem no enfrentamento das iniquidades em saúde bucal e proporcionam suporte às UBS, aumentando a resolutividade do modelo de atenção^{1, 14, 15}.

Para o estabelecimento da linha de cuidado à dor de dente na rede local de atenção à saúde, os SOU precisam estar articulados aos demais serviços de saúde bucal, funcionando efetivamente como uma porta ao sistema^{1, 4}. Para tanto, tendo como premissa as necessidades do usuário após a consulta de urgência, deve-se orientar e referenciar o paciente à rede básica ou especializada para a continuidade do tratamento, visando-se o cuidado integral^{1, 3, 4, 13}.

A delimitação do escopo dos SOU e dos demais serviços de saúde bucal na rede de atenção com relação ao cuidado à dor de dente também é fundamental. Na Figura 1, propõe-se um elenco de atribuições para cada nível de atenção, com base em diferentes tipos de dor de dente, compondo-se o itinerário do cuidado².

Os profissionais da rede de saúde bucal devem ser qualificados para o cuidado à dor de dente. Identificar suas necessidades educativas e capacitá-los para que desempenhem adequadamente seu papel é essencial e compete à gestão do trabalho e da educação no SUS¹⁶. Não menos importante, é preciso oferecer-lhes condições para o pleno desempenho, garantindo os recursos que forem necessários^{1, 17}.

Em consonância com o que propõe o HumanizaSUS¹⁸, recomenda-se ainda que se institua um protocolo clínico-assistencial humanizado, norteado pela integralidade do cuidado à dor de dente e produzido a partir da conjugação de interesses e com protagonismo de gestores e profissionais. Além de guiar os profissionais quanto à organização do serviço (definição de papéis, fluxos, processos de avaliação), almeja-se que o protocolo os ampare para uma adequada atenção clínica com base na melhor evidência científica disponível, devendo ser regularmente avaliado e atualizado^{1, 2, 17}.

A LINHA DO CUIDADO À DOR DE DENTE	
Itinerário	
Serviços	Dor de dente
 UBS	Relacionada a uma inflamação e/ou infecção intraoral; Relacionada ao trauma dental; Relacionada com: lesão na mucosa, queimadura bucal leve, corpos estranhos, ATM sem deslocamento.
 SOU	Os três tipos descritos acima (itens 1, 2 e 3), mais: Relacionada a uma infecção disseminada; Relacionada à ATM com deslocamento.
 CEO / HOSPITAL	Os dois tipos descritos acima (itens 4 e 5), mais: Relacionada ao trauma dento-alveolar; Relacionada a uma queimadura bucal severa.

Figura 1. O itinerário da linha do cuidado integral à dor de dente na rede pública de saúde bucal.

Em conclusão, percebe-se que os SOU ocupam posição estratégica na composição do itinerário percorrido pela pessoa com dor de dente na rede de atenção. O alívio imediato ao sofrimento do usuário é responsabilidade do cirurgião-dentista e equipe de saúde bucal que atuam nestes serviços, mas também nas UBS. Sempre que necessário, o usuário deve ser referenciado entre os níveis de atenção, seja para obter a superação da dor ou para que ocorra a continuidade do tratamento. Deste modo, será possível uma aproximação concreta com a efetivação da linha de cuidado à dor de dente no SUS.

Referências

- Rios LE, Queiroz MG. Perception of Dentists about the Functioning of Emergency Public Dental Services. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2017; 17(01): e3019. doi:10.4034/PBOCI.2017.171.04.
- Rios LE, Queiroz MG. Dental emergencies in public health services: what is the role of the Dental Surgeon? *Rev Odonto Ciênc.* 2017; 32(1): 41-46. doi:10.15448/1980-6523.2017.1.26441.
- Austregésilo SC, Leal MCC, Góes PSA, Figueiredo N. An Evaluation of the Urgent Dental Services Units (UDS): The View of Health Managers, Supervisors and Professionals. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2013;13(2): 161-9. doi:10.4034/PBOCI.2013.132.04.
- Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSAD. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciênc Saúde Colet.* 2015; 20(10):3111-20. doi:10.1590/1413-812320152010.12712014.
- Carnut L, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife. *UFES Rev Odontol.* 2008 [Citado em 01 mai 2018]; 10: 10-5. Disponível em: <http://www.publicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/463/327>.
- Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasil (2011).
- Lucas SD, Mattos FF, Melo JAC, Vasconcelos M, Abreu MHNG, Ferreira NE. Uso de metáforas para expressar a dor de dente: um estudo na área de antropologia da saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(6): 1933-1942. doi:10.1590/1413-81232014196.05022013.
- SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, Brasil (2004).
- SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasil (2012).
- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2009. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009).

- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013).
- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016).
- Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, Brasil (2004).
- Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(1): 205-214. doi:10.1590/1413-81232014191.1748.
- Fonseca DAV, Mialhe FL, Ambrosano GMB, Pereira AC, Meneghim MC. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(1): 269-278. doi:10.1590/1413-81232014191.2048.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasil* (1990).
- Saúde Bucal. *Cadernos de Atenção Básica*; n. 17. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasil (2008).
- HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, Brasil (2004).

3.3 Acupuntura na saúde bucal: ensino e prática na saúde pública

por

María da Luz Rosário de Sousa

Cássia Maria Grillo

Vera Lúcia Rasera Zotelli

María Lucía Bressiani Gil

Talita Bonato de Almeida

O cuidado com o paciente requer constante capacitação, atualização no conhecimento e inovação nas tecnologias de tratamento.

A acupuntura é uma técnica milenar da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) de difícil compreensão para a Medicina Ocidental e para isso necessita de comprovações científicas através de pesquisas para sua melhor aceitação e entendimento por parte dos ocidentais.

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde em meados dos anos 80 a história da Saúde Pública no país sofreu grandes mudanças devido ao empoderamento da população na busca de um novo e mais abrangente conceito de saúde (Santos, 2009). A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi instituída em 2006 (Brasil, 2006), abrangendo um conjunto de terapias que visam o cuidado integral à população, entre elas a acupuntura. Em 2015, o Conselho Federal de Odontologia reconhece através da Resolução nº 160 de 2 de outubro de 2015, a Acupuntura como especialidade odontológica, ampliando o leque de atuação do cirurgião dentista. Em 2018, o Ministério da Saúde implementou novas terapias da medicina integrativa para atendimento dos pacientes no SUS, totalizando 28 práticas (Brasil, 2018).

Na Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade de Campinas (FOP/UNICAMP) os atendimentos com acupuntura iniciaram em 2007 (Figura 1), sendo que em 2008 tivemos o 1º. curso de extensão

em Acupuntura (Figura 2). Estes atendimentos se ampliaram em 2011 com a implantação do serviço voluntário de acupuntura no Centro de Especialidades Odontológicas de Piracicaba (CEO), possibilitando o atendimento de pacientes provenientes de Piracicaba e região, para tratamento de queixas de origem odontológica, visando o atendimento gratuito à população, abrangendo maior número de beneficiários. Esta dinâmica despertou interesse dos alunos dentro da FOP e foi instituída uma disciplina optativa de Acupuntura no curso de graduação de Odontologia desde 2015 e que vem sendo avaliada como muito positiva por parte dos alunos. Atualmente a acupuntura tem sido tema de projetos de pesquisa em iniciação científica e no Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Os atendimentos geraram publicações de relatos de casos clínicos a nível nacional e internacional.

Quanto ao número de pacientes atendidos, no Curso de Extensão na FOP foram 148 pacientes até 2017, e no CEO foram atendidos 482 pacientes. Ao longo dos anos, 19 acupunturistas já atuaram no CEO.

A procura se relaciona às alterações cabeça e pescoço, sendo as mais frequentes, respectivamente, DTM, cefaleia, bruxismo e cervicálgia. Outras queixas foram atendidas tais como ansiedade, paralisia facial, xerostomia e parestesia (Figura 3).

Tanto no CEO como na FOP diversas técnicas de acupuntura são empregadas, porém a acupuntura sistêmica e a auriculoterapia são os procedimentos mais realizados.



Figura 1. Atendimentos de acupuntura realizados na clínica da FOP/UNICAMP, Piracicaba-SP, 2018.



Figura 2. Atendimentos de acupuntura realizados durante o curso de extensão em Acupuntura, FOP/UNICAMP, Piracicaba-SP, 2018.

Devido ao grande número de atendimentos realizados com acupuntura, tanto no CEO quanto no Curso de Extensão na FOP sentiu-se necessidade de pesquisas para desenvolvimento de tecnologias de inovação no cuidado do paciente, para uma abordagem mais integrativa.

Na FOP/UNICAMP, várias pesquisas têm sido desenvolvidas em nível de mestrado, doutorado e pós-doutorado resultando em defesas de teses e vários artigos publicados no âmbito nacional e internacional, além de outros estudos que ainda estão em andamento.

Quanto às pesquisas já realizadas, um dos estudos objetivou verificar a ação da acupuntura e sangria no controle da odontalgia aguda no pré-atendimento odontológico em 120 pacientes e os resultados indicaram que os efeitos de analgesia promovidos pela acupuntura podem ser um grande coadjuvante no controle da dor em pacientes com dor dental (Grillo et al., 2014). Complementando a utilização da acupuntura no pré-atendimento, outro estudo verificou que, quanto à etiologia da dor, a maioria dos pacientes com

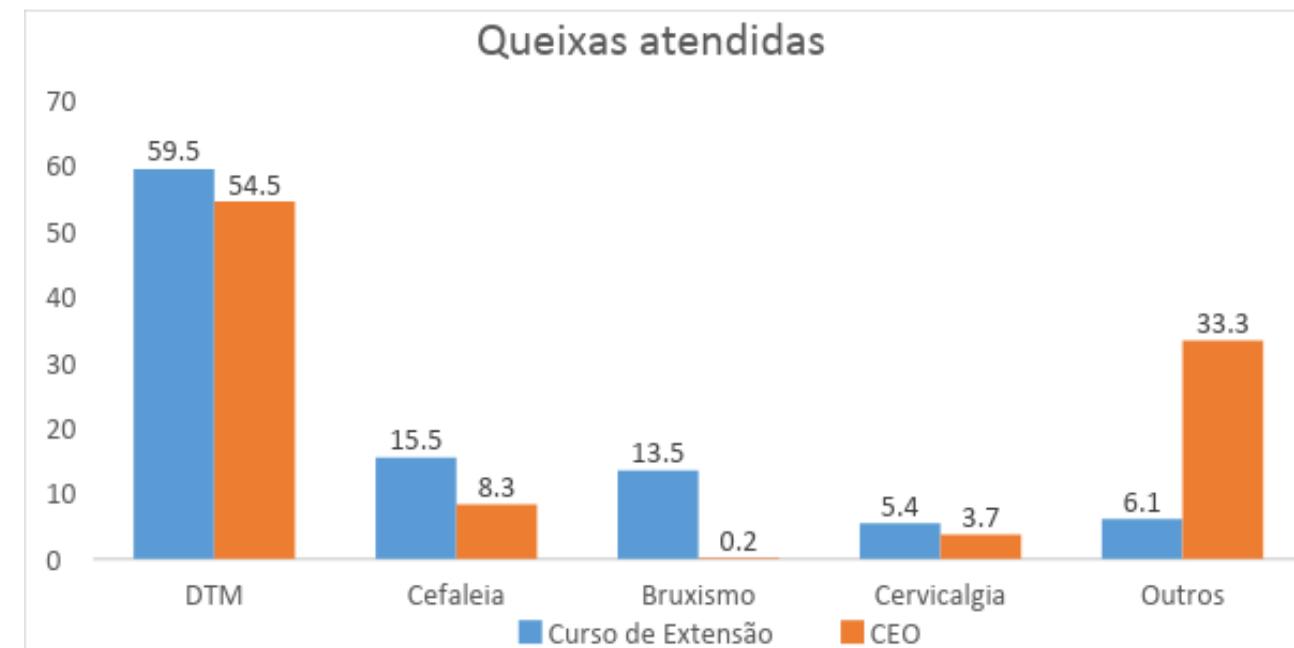


Figura 3. Queixas frequentes no Curso de Extensão e CEO. Piracicaba, 2017.

dor aguda que procuraram o serviço de emergência e concordaram em se submeter a procedimentos de acupuntura, previamente ao atendimento odontológico, foram associados a casos de pulpíte (76,80%), seguidos de indicação de exodontia e de endodontia. A redução da dor na pulpíte com o uso da acupuntura foi de 87,36% (Zotelli et al., 2017).

Outro estudo controlado comparou os efeitos da acupuntura com o uso aparelho oclusal plano para o tratamento da Disfunção Temporomandibular (DTM) miogênica, avaliados com eletromiografia, sendo 20 mulheres para cada grupo (acupuntura ou splint) e concluiu que ambos os tratamentos reduziram igualmente a intensidade da dor e promoveram aumento da abertura bucal, e podem ser considerados estratégias para controle da dor crônica relacionada à DTM. (Grillo et al., 2015). Este estudo também abordou os aspectos psicológicos destas pacientes com avaliações após tratamento com acupuntura e demonstrou que nos dois grupos (acupuntura e splint) houve melhora de alguns aspectos psicológicos (depressão e somatização) após curto período de tratamento (Grillo et al., 2015).

De grande aplicabilidade para a área odontológica assim como em outras áreas que necessitam ter o controle do reflexo da náusea, foi realizado um estudo clínico que demonstrou a efetividade do ponto de acupuntura Neiguan (PC6) no controle da náusea durante moldagem intraoral. Este estudo comparou um grupo tratado com acupuntura real (n=17) com outro grupo tratado com acupuntura placebo (n=16) utilizando uma agulha Sham que é retrátil e não penetra na pele (Zotelli et al., 2014). Entretanto, foi verificado num caso clínico que a agulha Sham também foi efetiva na redução do reflexo da náusea durante moldagem intraoral, (Zotelli et al., 2016).

Mais recentemente, um estudo controlado, avaliou a efetividade de um protocolo de pontos de acupuntura no tratamento da dor, na limitação da abertura bucal e na energia dos meridianos, em pacientes de ambos os sexos, com DTM crônica de origem muscular. O estudo comparou acupuntura real (n=20) com acupuntura placebo (n=20) utilizando agulha sham. Este estudo inovador utilizou o método Ryodoraku para medir de maneira objetiva a energia (Qi) dos meridianos de acupuntura antes e após a aplicação da

acupuntura (real ou sham) e demonstrou que a redução da dor ocorreu igualmente nos dois grupos e que houve aumento do limite de abertura bucal apenas no grupo de acupuntura real. Quanto às medições de energia, apenas no grupo de acupuntura real houve preservação da energia Yin enquanto a energia Yang diminuiu igualmente em ambos os grupos (Zotelli et al., 2017). A utilização do método Ryodoraku nos grupos de acupuntura real e placebo também possibilitou verificar que os voluntários com DTM apresentaram deficiência energia (Qi) e que os padrões de desequilíbrios mais prevalentes identificados meridianos acoplados do Rim e Bexiga e nos planos energéticos Shao Yin (Coração / Rim) e Shao Yang (Triplo Aquecedor e Vesícula biliar), (Zotelli et al., 2018).

Há ainda outras cinco pesquisas em andamento, todas se referem a estudos controlados:

1. Efeito da Regulação Energética com Acupuntura em Cirurgia de Exodontia de Terceiros Molares. Objetivo: verificar se a regulação energética com acupuntura, previamente ao procedimento de cirurgia oral menor pode minimizar os desconfortos dos pacientes.

2. Analgesia comparativa entre acupuntura e dipirona em odontalgias agudas. Objetivo: Avaliar se o efeito analgésico da acupuntura pode ser comparável ao efeito da dipirona. Outro possível benefício pode ser a redução da ansiedade prévia a tratamentos odontológicos, trazendo maior conforto ao paciente e ao profissional.

3. Acupuntura em Pacientes Hemofílicos com Dor Crônica. Objetivo: observar a possível redução de dor e melhora na qualidade de vida em pacientes hemofílicos com dor crônica submetidos a sessões de acupuntura.

4. Sensação do Agulhamento (DeQi) e os efeitos terapêuticos da Acupuntura. Objetivo: Avaliar o Deqi dos pacientes tratados com acupuntura através de um questionário internacional ainda não validado no Brasil.

5. Abordagem da expectativa e da percepção de satisfação em pacientes com dor crônica ou aguda tratados com acupuntura. Objetivo: verificar se a expectativa do paciente interfere na percepção de satisfação do tratamento e no relato de dor em pacientes com dor crônica (DTM) ou com dor aguda (Pulpite) tratados com acupuntura.

Nossa experiência tem mostrado resultados efetivos da aplicação da acupuntura para as alterações orofaciais em usuários do SUS.

Tanto os estudos já concluídos quanto os em andamento tem contribuído muito para o cuidado dos pacientes que de certa forma, além de receberem os benefícios do tratamento com acupuntura, se sentem valorizados por participar como voluntários das pesquisas e poder colaborar para o desenvolvimento da ciência. Os pesquisadores, por sua vez, estão empenhados em divulgar o conhecimento milenar da MTC e difundir suas técnicas terapêuticas de grande utilidade para a população e especialmente na área de saúde pública do Brasil.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 849, de 27 de março de 2017, inclui novas terapias a Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares em Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2018

Grillo C.M., Wada R.S., Sousa M.L.R. Acupuncture in the management of acute dental pain. J. Acupunct Meridian Stud. 2014; 7(2): 65-70.

Grillo CM, De La Torre GC, Wada RS, Alves MC, Barbosa CMR, Berzin F, Sousa MLR. Could Acupuncture Be Useful in the Treatment of Temporomandibular Dysfunction? J Acupunct Meridian Stud 2015; 8(4):192-199.

Grillo CM, De La Torre GC, Wada RS, Alves MC, Barbosa CMR, Berzin F, Sousa MLR. Psychological aspects of temporomandibular disorder patients: evaluations after acupuncture treatment. Rev Dor. São Paulo, 2015 abr-jun;16(2):114-8.

Santos FAS, Gouveia GC, Martelli PJJ, Vasconcelos EMR. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. Rev Bras Fisioterapia, 2009.

Zotelli VLR, Grillo CM, Sousa MLR. Nausea control by needling at Acupuncture point Neiguan (PC6) during an intraoral impression-taking procedure. J Acupunct Meridian Stud. 2014; 7 (6): 318-323.

Zotelli VLR, Grillo CM, Sousa MLR. A case report for effect of sham acupuncture. J Acupunct Meridian Stud. 2016; 9 (5): 275-278.

Zotelli VLR, Grillo CM, Sousa MLR. Etiología del dolor dental agudo en pacientes que aceptan procedimientos de acupuntura. Rev Int Acupuntura. 2017; 11(3): 71-75.

Zotelli VLR, Grillo CM, Gil MLB, Wada SR, Sato JE, Sousa MLR. Patterns of energy imbalance of the meridians in patients with temporomandibular dysfunction. J Acupunct Meridian Stud. 2018; 11 (1):1-6.

3.4 Projeto Inovação na Produção do Cuidado em Saúde Bucal

por

Carlos Botazzo

Graciela Soares Fonsêca

Fabiana Schneider Pires

Carolina Rogel de Souza

Introdução

O modelo de atenção em saúde bucal no SUS vem mantendo prerrogativas clínicas e epidemiológicas que avançam para uma organização tecnológica do trabalho calcada em atividades educativas voltadas à promoção da saúde – como forma de desenvolver comportamentos adequados à prevenção e manutenção da saúde bucal – e em uma prática de assistência odontológica ineficaz, com baixa cobertura e baixa resolubilidade (Nickel et al., 2008; Botazzo, 2013).

É lenta e difícil a superação do modelo de atenção em Saúde Bucal focado nos grupos populacionais tradicionalmente priorizados como escolares, pré-escolares e bebês; além do pouco avanço nas práticas de planejamento, das barreiras de acesso e da inexistência de ações intersetoriais (Pires; Botazzo, 2015).

Com base nessa breve contextualização, o trabalho objetivou experienciar as possibilidades da clínica ampliada de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva da integralidade.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, do tipo intervenção, desenvolvida em um Centro de Saúde Escola (CSE), do município de São Paulo. Os dados foram coletados por técnicas variadas como observação, entrevistas, grupos focais, diários de campos, etc. Os participantes do estudo foram os pesquisadores e os usuários atendidos no serviço no período de realização da pesquisa (2014-2015). O material foi analisado por Hermenêutica-dialética e todo o estudo foi pautado no referencial teórico da bucalidade (Botazzo, 2013).

Resultados e Discussão

A equipe de pesquisa atuou com base nas tecnologias, pois o interesse era instaurar o método clínico no momento inicial de relação entre o paciente e a equipe do serviço. Tecnologias leves são descritas por Mehry (1997) como aquelas que se produzem no trabalho vivo, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário, pois “neste momento de falas, escutas, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado” (Pires; Botazzo, 2015).

A inovação tecnológica de que tratamos, assim, teve como pressuposto o “conhecimento existente”, com vistas a introduzir melhorias neste nível, e a um só tempo evidenciar “novas tecnologias” ou tecnologias de cuidado melhoradas. Trata-se de uma inovação organizacional (Lapão, 2013), ou seja, tratou-se tão somente de interferir nos elementos constituidores do trabalho em saúde bucal e, ao rearranjá-los, fazer emergir o paciente com sua doença e, com base nisso, constituir o caso clínico.

Tecnologicamente, superou-se o modelo tradicional com foco na cárie dentária. Lembramos que a prática odontológica não se constituiu como uma clínica de doenças e doentes, mas, antes, como uma clínica de lesões, tendo a cárie dentária como a condutora deste processo. Este processo foi denominado “odontocentrismo” (Botazzo, 2013).

Por isso, o trabalho inovado consistiu, inicialmente, em constituir uma história de vida de cada usuário a partir de suas narrativas, ouvindo sua queixa e o que mais cada usuário trouxesse para o diálogo. Assim, era iniciada a anamnese, buscando entender a condição de saúde a partir do olhar do outro, para só então proceder ao exame físico e, após isso, construir um percurso terapêutico com o usuário, composto por ações clínicas e/ou encaminhamento para um serviço de referência, quando necessário. Neste caso, eram afastadas concepções a priori, focadas no tratamento e controle da cárie, ou atividades de escovação supervisionada, tão disseminadas no cotidiano dos serviços públicos. O processo todo implicou acolher o paciente e envolvê-lo num ambiente cordial e receptivo para ouvi-lo em suas angústias ou a ajudá-lo no depósito das suas carências, necessidades e desejos (Ayres, 2009).

Inicialmente, o usuário era ouvido em consultórios comuns, bastando para tanto haver mesa e cadeiras. Acomodado o paciente em posição frontal ao cuidador, a consulta iniciava pela escuta do relato do estado geral, os motivos que o levaram em busca de ajuda, ouviam-se as narrativas de sua condição de vida, os principais eventos desde sua última visita ao serviço, e só depois é que o interrogatório era dirigido à cavidade bucal. Às vezes, este roteiro se invertia, iniciando-se então a consulta e o processo da anamnese pela condição bucal ou o que o paciente desejasse expressar de sua boca ou de sua vida.

É importante realçar que a anamnese não se processou de modo burocrático. A conversa sempre aconteceu de maneira descontraída, e o “guia” era fornecido pelo conteúdo da fala do paciente. Este modo de proceder permitiu levantar e conhecer uma gama extensa e bastante diversificada de situações bucais, que

antes seriam desconsideradas. Melhor dizendo, seriam negligenciadas, posto que estados bucais são usualmente desconsiderados nas atividades programáticas, fortemente direcionadas com objetivos de “controle” ou “erradicação” de determinadas doenças. Dessa maneira, o caso clínico era constituído durante a anamnese, onde o doente aparecia com a sua (Botazzo, 2013).

Em seguida, procedia-se aos exames extra bucal e intra bucal, sob luz natural e com uso de espátula de madeira, percebendo e avaliando condições buco-faciais ou estomatognáticas, amplitude do deslocamento da mandíbula, se era funcional ou disfuncional, se havia dores, estalidos ou incômodos durante os movimentos bucais; pela palpação e percussão na região paranasal e gênio-bucal, verificando se havia dor ou incômodo pela inflamação dos sinus; palpação da região do temporal e também na região sub-occipital, em busca de averiguar se tensões bucais ou oclusais estariam acarretando estresse neuro-muscular; palpação da região jugal, averiguando possíveis gânglios ou nódulos.

O exame intrabucal era realizado como descrito na literatura. Todos os achados eram registrados no prontuário único do paciente e, quando isto não foi possível, o registro era feito em folhas que depois terminariam anexadas no prontuário do paciente.

Muitas vezes, concluída a anamnese era o paciente conduzido ao consultório odontológico e se procedia ao exame físico, na sequência antes descrita e, sendo oportuno, eram realizados alguns procedimentos, sobretudo os de menor monta, mas que guardavam relação com estados ou motivações mais claramente apontadas pelo paciente. Em geral, dada a extensão do tempo clínico, o paciente era reagendado para consulta de retorno e nesta consulta eram realizados os procedimentos compatíveis com as condições técnicas da APS. No entanto, a equipe testou possibilidades não previstas na APS, como restaurações estéticas, reembasamento de próteses, colocação de coroas plásticas provisórias, e ressecção de pequenas tumorações, biópsias incisivais, frenectomias etc., evidenciando que é possível tornar a APS mais resolutiva no âmbito da saúde bucal.

No período compreendido entre março de 2014 e dezembro de 2015 foram atendidos 135 pacientes, agendados 175 retornos, com média de 1,54 retornos por paciente. Deve ser realçada a grande aderência à proposta de atendimento clínico, expressada pelo baixo percentual de absenteísmo (4%), quando sabidamente este patamar ronda os 30% na maior parte dos serviços. Destaca-se, ainda, a avaliação positiva expressa pela maioria dos usuários atendidos.

Cuidar é propiciar bem-estar, cuidar é assumir responsabilidades para com o outro, para com a felicidade do outro. Por isso, explicitamos que o propósito do projeto foi produzir cuidado, e não realizar procedimentos. Muito naturalmente, procedimentos foram realizados, na medida da capacidade instalada no serviço e condição de acesso ao atendimento especializado, sempre que a condição clínica bucal do paciente assim recomendava.

Considerações Finais

A abordagem experienciada possibilitou compreender o cotidiano dos sujeitos, identificando limites e fortalezas para o ser saudável no dia-a-dia. Ao compartilhar experiências vividas, evidenciou a potência destes encontros com a singular e intensa maneira de viver das pessoas e como este outro olhar para as maneiras de viver podem sinalizar maneiras de cuidar, contribuindo para um movimento de ser saudável, as quais se manifestam no corpo, na alma, na boca.

Assim, uma proposta de clínica e de integralidade foi posta como processo de trabalho para permitir melhor integração entre os diferentes níveis de complexidade, com respostas para um maior elenco de situações da boca, na perspectiva de um cuidado em saúde e não reduzida à oferta de técnicas ou tecnologias para

cada patologia elencada. O ponto central desta experiência foi o deslocamento da prática odontológica, de ações programáticas e de uma produção centrada no adoecimento de tecidos bucais para a produção de um cuidado para o sujeito, a partir de suas expectativas e desejos, intencionalmente agregando à técnica, aos materiais e aos procedimentos a escuta e a construção de possibilidades terapêuticas com o usuário e não para o usuário, substituindo-se o plano de tratamento por projetos terapêuticos singularizados.

Referências

- Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.
- Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Editora Hucitec; 2013.
- Lapão LV. Inovação Organizacional na Saúde. O caso da Saúde Bucal no Brasil. In: Seminário Internacional sobre Atenção Primária em Saúde. UERJ, RJ, 6 e 7 de maio de 2013 (Grupo de Trabalho)
- Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE; Onocko R (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228.
- Nickel DA Lima FG, Da Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):241-6.
- Pires FS; Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. Saúde soc., Mar, 24(1), 2015, p.273-284.

3.5 Abordagem educativa, preventiva e restauradora da cárie precoce na infância: projeto “A Construir Sorrisos”

por

Marília Fernandes Mathias

Edson Luiz Boni

Giselle Rodrigues de Sant’Anna

Leide Rodrigues de Moraes

Flávio Antônio Tambelini Juliani

A cárie precoce na infância (ECC) é uma doença crônica que se desenvolve logo após a irrupção dos dentes. Inicia-se nos incisivos superiores e prossegue rapidamente para os molares e caninos¹. Se a exposição dos dentes a alimentos altamente cariogênicos se mantiver e nenhuma medida preventiva/interceptativa for implementada, o processo de desmineralização avançará através do esmalte para a dentina, levando à destruição da coroa dentária rapidamente².

Considerada um problema de saúde pública e uma das doenças mais prevalentes na primeira infância, a cárie precoce afeta cerca de 60 a 90% das crianças globalmente^{2,3,4,5}, principalmente aquelas de comunidades em desvantagem, entre elas: imigrantes, minorias étnicas e raciais, as que vivem geograficamente isoladas e as que vivem na pobreza, tanto de países desenvolvidos como em desenvolvimento^{2,4,6}.

Em crianças provenientes de ambientes sócio-econômicos desfavoráveis convergem grande necessidade de tratamento, limitações do acesso e da disponibilidade dos serviços de saúde e limitações econômicas dos pais. Estes fatores, associados à educação em saúde deficitária, favorecem o avanço das lesões cáries a estados mais avançados da doença⁷.

Aproximadamente 48% das crianças brasileiras na idade de 5 anos com cárie dentária não são tratadas⁵. As lesões de cárie progridem para episódios de dor e infecção que culminam em menor frequência da criança à escola, hospitalização e alto custo do tratamento^{3,8}. Afeta a capacidade de comer, dormir e falar. Pode gerar problemas de má nutrição, tais como deficiência de ferro e baixo peso e altura para a idade comprometendo o crescimento e o desenvolvimento da saúde geral com decréscimo da qualidade de vida^{2,4,9,10}. Além disto, a cárie dentária em dentes decíduos é um forte preditor da doença na dentição permanente¹¹.

Devido às crianças pré-escolares serem bem jovens, muitas vezes o tratamento necessita ser realizado por profissional especializado tornando-se inviável e inacessível para muitas comunidades, principalmente àquelas socialmente excluídas, com limitação de acesso ao tratamento dentário convencional. Assim, estudos mostram que o tratamento restaurador atraumático (TRA) é uma solução efetiva para o gerenciamento da ECC^{3,12}, reduzindo em 44% a necessidade para referência a tratamentos especializados^{2,13}.

Os benefícios da técnica do TRA têm sido amplamente apontados na literatura^{3,4,12,13,14}. Trata-se de uma intervenção minimamente invasiva com abordagem preventiva e restauradora, através do selamento de sulcos e fissuras e das restaurações das cavidades em dentina, impedindo desta forma, a progressão da doença. Esta técnica preconiza o uso de instrumentos manuais para a remoção do tecido cariado, sem anestesia e sem a necessidade de equipamentos caros e sofisticados. As restaurações são realizadas após a limpeza das cavidades e preenchidas com cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade, que apresenta boa biocompatibilidade, adesão ao dente e liberação de flúor. Os selamentos dos sulcos e fissuras são realizados pela aplicação do ionômero de vidro através de pressão digital^{15,16,17,18}.

Outras vantagens do TRA são o baixo custo e a redução do tempo de trabalho. Preserva os tecidos sadios e estimula a capacidade de reparação biológica. Ademais, pelo fato do tratamento não causar dor promove o conforto e tem apresentado excelente aceitação por parte das crianças pequenas^{2,7,18}.

Programas fundamentados na aprendizagem e obtenção de hábitos saudáveis para a saúde bucal aplicados nos primeiros anos de vida e associados às medidas preventivas, recuperativas e de manutenção permitem controlar a cárie dentária através do tempo⁷ e devem ser implantados no serviço público¹¹.

No ano de 2017, em decorrência de um planejamento estratégico situacional, a Coordenadoria de Ações Básicas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de Barueri, com a anuência da Secretaria de Educação implantou o projeto “A Construir Sorrisos” nas escolas maternas públicas. O projeto é desenvolvido através de protocolos para atendimento de crianças na faixa etária de 0 a 3 anos de idade. Tem como objetivo a promoção da saúde, prevenção e o tratamento da doença cárie na primeira infância, permitindo grande alcance populacional.

O município conta com 30 escolas maternas e anualmente encontram-se matriculadas cerca de 9.000 crianças. O horário de funcionamento é das 7hs às 19hs. As maternas desenvolvem atividades educativas, onde as crianças vivenciam situações de cuidados de higiene corporal e de alimentação, brincadeiras e aprendizagem. O cardápio das refeições é elaborado por nutricionistas da Secretaria de Abastecimento e inclui café da manhã e tarde, hidratação, almoço e jantar. Uma vez ao dia é realizada a escovação dentária com o auxílio das professoras e das assistentes de desenvolvimento infantil (ADI).

Atualmente no projeto “A Construir Sorrisos” trabalha uma equipe nas escolas maternas, composta por dois cirurgiões-dentistas (CD) e uma técnica em saúde bucal (TSB).

O primeiro passo acontece com a apresentação das atividades que serão desenvolvidas para a direção e coordenação da unidade escolar. Neste momento é determinado onde a equipe será instalada, buscando um local que seja adequadamente iluminado, ventilado e próximo de um ponto de água. Depois de montado, o espaço é decorado com motivos infantis proporcionando um ambiente alegre e acolhedor (Figura 1).

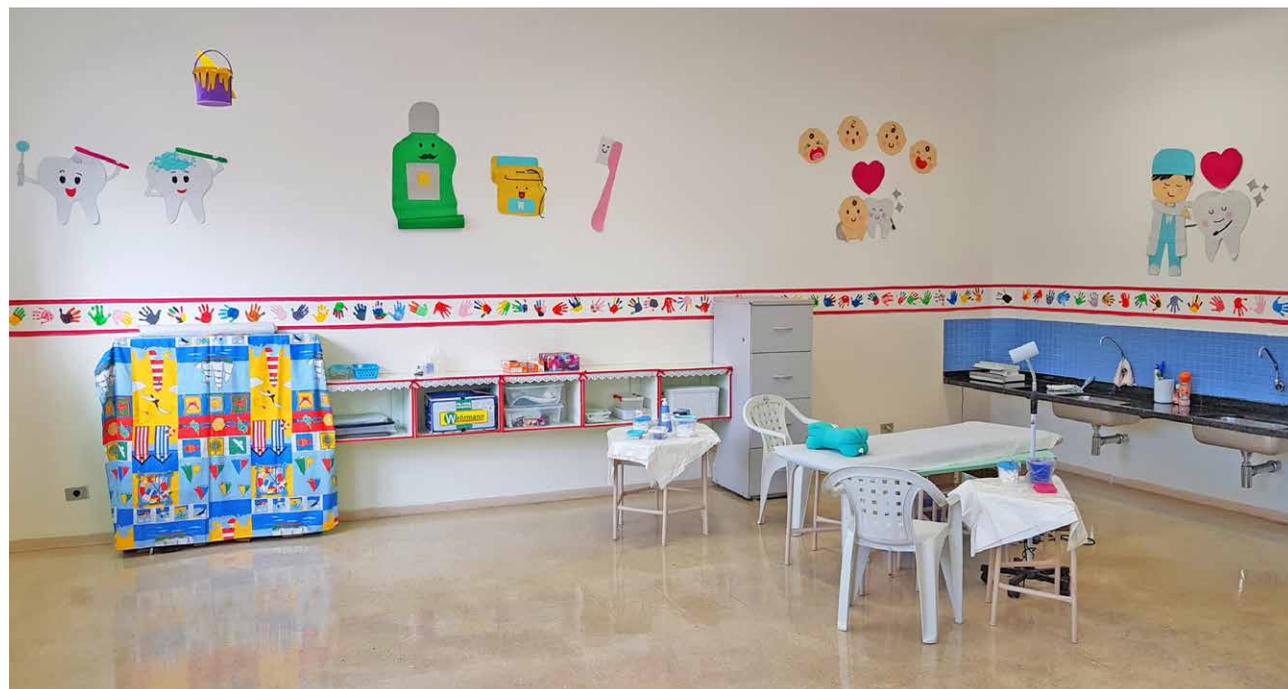


Figura 1. Espaço montado Maternal Maria Andreлина.

Posteriormente é realizado o levantamento situacional da doença cárie, através de exame clínico de todas as crianças que possuam autorização assinada no ato da matrícula. Os pais e/ou responsáveis das crianças com necessidade de tratamento são convidados a participar de uma reunião, onde recebem esclarecimentos sobre o tratamento, além de ser enfatizada a importância do papel da família quanto às formas de prevenção. Nesta ocasião são colhidas as assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os pais que não comparecem na reunião são convocados em nova data. Existe ainda a possibilidade de os responsáveis procurarem a equipe espontaneamente em dia de sua escolha, uma vez que muitos possuem restrição de horários em função do trabalho.

Antes do início dos tratamentos, as crianças autorizadas participam de atividades de condicionamento que envolve a técnica “falar-mostrar-fazer” e brinquedos pedagógicos.

As lesões de cárie em dentina são tratadas pela técnica do tratamento restaurador atraumático (TRA) (Figuras 2 e 3) e as lesões subclínicas são tratadas através da aplicação sistemática de flúor gel intercalado com clorexidina gel a 2%.

Nas consultas as crianças são acompanhadas pelas professoras ou ADIs. No final de cada sessão as crianças são contempladas por bom comportamento com uma pintura no dorso das mãos realizada com tinta atóxica.

Nos casos das crianças com necessidade de tratamentos mais complexos, tais como endodontias e exodontias, a equipe se desloca uma vez por semana para uma escola pública de ensino fundamental mais próxima da localização da maternal que possua consultório odontológico. A própria equipe realiza os procedimentos e, desta forma, as crianças tem o tratamento odontológico finalizado, sem a necessidade de encaminhamento para o serviço público de odontopediatria do município.



Figura 2. Tratamento de lesão de cárie.

Figura 3. Dente restaurado com CIV.

Como parte da missão do projeto, as equipes também promovem palestras direcionadas aos pais de todas as crianças matriculadas, nas quais são abordados os seguintes temas: definição e etiologia da cárie dentária, biofilme dental, dieta, higiene bucal e hábitos não nutritivos. A equipe escolar participa de oficinas de orientação sobre saúde bucal e escovação dentária (Figura 4), tornando-se agentes multiplicadores de educação em saúde.



Figura 4. Reunião com professoras e ADIs.

Dentro das atividades educativas, as crianças assistem filmes com abordagem apropriada para cada faixa etária e participam de atividades de escovação supervisionada, acompanhadas das professoras e ADIs (Figura 5). São abordadas as técnicas de acordo com a idade para aplicação na rotina diária.

Concluída as atividades educativas, preventivas e restauradoras, as equipes se deslocam para a próxima maternal programada. Após o período de três meses as equipes retornam na maternal tratada para avaliação e acompanhamento dos tratamentos realizados. Na ocasião, se necessário são realizados os retratamentos das restaurações que não foram bem-sucedidas. No ano seguinte novo levantamento é realizado seguido da execução dos protocolos estabelecidos.



Figura 5. Aplicação da Técnica.

Os dados do ano de 2017 apurados das quatro maternais piloto mostram que foram examinadas 1056 crianças, com prevalência de cárie de 11,4%, ceo-d=0,42 e ceo-s=0,64 (Tabela 1). Um total de 92 crianças receberam restaurações TRA em 239 dentes (468 faces). No retorno após três meses verificou-se sucesso de aproximadamente 92% das restaurações realizadas. Os dados destas mesmas maternais no ano de 2018 apontam que foram examinadas 916 crianças com prevalência de cárie de 9,7%, ceo-d=0,33 e ceo-s=0,44 (Tabela 1), sendo que as crianças com necessidade se encontram em tratamento.

ESCOLAS MATERNAS	n		Prevalência		Índice ceo-d		Índice ceo-s	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
EMM Matilde Abreu	224	226	7,50%	10,70%	0,25	0,28	0,35	0,38
EMM Maria Damasceno	323	268	16%	14,90%	0,71	0,58	1,25	0,77
EMM Roberto Gritti	215	197	10,20%	8,40%	0,34	0,33	0,48	0,47
EMM Vitória Regiani	294	225	13,20%	4,80%	0,39	0,14	0,51	0,17
GERAL	1056	916	11,40%	9,70%	0,42	0,33	0,64	0,44

Tabela 1. Prevalência de cárie, índices ceo-d e ceo-s por maternal e geral.

A aplicação do projeto “A Construir Sorrisos” nas escolas maternais do Município de Barueri tem proporcionado tratamento da maioria das lesões de cárie ainda em estágio inicial. Grande parte destas crianças não tem acesso ao tratamento odontológico convencional, pois o serviço público no município destinado ao tratamento das crianças menores de 5 anos de idade não absorve totalmente a demanda, além disso as famílias não têm acesso ao serviço particular ou convênio devido ao custo.

Além do levantamento da doença ser importante do ponto de vista epidemiológico, observa-se grande relevância na detecção precoce da doença, muitas vezes despercebida pelos familiares, que só procuram o tratamento nas situações de dor ou quando envolve a estética. A adesão dos responsáveis ao tratamento ofertado tem alcançado 90% das crianças com necessidade de tratamento.

Conclui-se que através do projeto houve a ampliação da cobertura de atendimento evitando desta forma a progressão e o agravamento da doença das crianças tratadas. Aquelas com comprometimento por lesões de cárie nas formas mais graves estão recebendo tratamento imediato com melhora expressiva da sua qualidade de vida. Clinicamente observou-se diminuição da severidade das lesões de cárie, com menor indicação de endodontias e exodontias quando comparados os dois anos de atendimento.

Outra vantagem deste projeto é que as crianças recebem o tratamento no próprio ambiente escolar resultando em menor stress, pois é um ambiente na qual elas já estão familiarizadas, além de maior comodidade para os pais que não precisam se ausentar do trabalho, reduzindo o absenteísmo e, portanto, impactando positivamente na economia.

O condicionamento das crianças, a forma de abordagem e a pintura nas mãos têm contribuído para um atendimento humanizado. A criança se sente acolhida e torna-se bastante colaboradora resultando em maior eficiência e rapidez do tratamento (Figura 6). Além disso, a presença e circulação dos profissionais no ambiente escolar promove a familiarização das crianças em geral com a “figura” do dentista.



Figura 6. Equipe atuando.

O envolvimento das professoras e ADIs constatado em todas as unidades atendidas foi uma consequência natural do trabalho realizado. Passaram a compreender o objetivo do projeto e voluntariamente desenvolveram atividades pedagógicas em saúde bucal a serem exploradas ao longo do ano. Tornaram-se mais atentas e observadoras da condição bucal das crianças, sendo importantes no processo de aconselhamento dos pais. A presença delas no momento do tratamento, além de promover maior segurança e tranquilidade para as crianças, tem auxiliado na mudança do preconceito que muitas têm em relação ao tratamento não convencional, onde puderam constatar que a técnica empregada não provoca dor e nem causa qualquer tipo de trauma para a criança. Esta percepção positiva as tornou grandes aliadas do projeto.

O projeto “A Construir Sorrisos” demonstra ser promissor conforme os resultados preliminarmente obtidos. Para que seja mais efetivo há a necessidade de que o número de equipes seja ampliado para pro-

mover o aumento da cobertura de atendimentos. No futuro, além da redução dos custos empregados haverá melhora da qualidade de vida para a população infantil com redução dos indicadores da cárie dentária e das inequidades em saúde.

Referências

1. Manski MC, Parker ME. Early childhood caries: knowledge, attitudes, and practice behaviors of Maryland dental hygienists. J Dent Hyg 2010. Disponível em: <http://findarticles.com/p/articles>.
2. Figueiredo MC. Research proposal: quantitative and Qualitative evaluation of the art in infants. J Appl Oral Sci 2006;14(sp.issue):20-4.
3. Duangthip D, Chen KJ, Gao SS, Lo ECM, Chu CH. Managing Early hildhood Caries with Atraumatic Restorative Treatment and Topical Silver and Fluoride Agents. Int. J. Environ. Res. Public Health 2017;14:1204.
4. Estupiñán-Day S, Tellez M, Kaur S, Milner T, Solari A. Managing dental caries with atraumatic restorative treatment in children: successful experience in three Latin American countries. Rev Panam Salud Publica 2013;33(4):237-43.
5. Corrêa-faria P, Paixão-Gonçalves S, Paiva SM, Pordeus IA. Incidence of dental caries in primary dentition and risk factors: a longitudinal study. Braz. Oral Res 2016;30(1):e59.
6. Davies GN: Early childhood caries - a synopsis. Community Dent Oral Epidemiol 1998;26:Supplement 1:106-16.
7. Arilmy-Moya-Béjar Z, Patricia-Meza-Aragón A, Dey-Vargas-Villanueva D, Evelyn-Alvarez-Coaila K, Víctor-Calderón-Moya C. Modelo educativo, reventivo y recuperativo para el control de la caries en niños menores de 5 años, Ciudad de Dios-Yura, Arequipa. Odontol Pediatr 2012;11(2):100-8.
8. Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Maertens MP, Selwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purpose. J Publish Health Dent 1999;59(3):192-7.
9. Pinto GS, Hartwig AD, Elias R, Azevedo MS, Goettems ML, Correa MB, Demarco FF. Maternal care influence on children's caries prevalence in outhern Brazil. Braz Oral Res 2016;30(1):e70.
10. Cunnion DT, Spiro A, Jones JÁ, Rich SE, Papageorgiou CP, Tate A. Pediatric oral health-related quality of life improvement after treatmentof early childhood caries: a prospective multiside study. J Dent Child 2010;77(1):4-11.
11. Piva F, Pereira JT, Luz PB, Hashizume LN, Hugo FN, Araujo FB. A longitudinal Study of Early Childhood Caries and Associated Factors in Brazilian Children. Brazilian Dental Journal 2017;28(2):241-48.
12. Molina GF, Faulks D, Frencken J. Acceptability, feasibility and perceived satisfaction of the use of the Atraumatic Restorative Treatment approach for people with disability. Braz Oral Res [online]. 2015;29(1):1-9.
13. Arrow P. Restorative Outcomes of a Minimally Invasive. Restorative Approach Based on Atraumatic. Restorative Treatment to Manage Early Childhood. Caries: A Randomised Controlled Trial. Caries Res 2016;50:1-8.
14. Dutra KS, Amaral LD, Vieira LDS. Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) e sua aplicabilidade em comunidades menos assistidas. R Odontol Planal Cent. 2015 Jul-Dez;5(2):23-8
15. Holmgren CJ, Roux D, Doméjean S. Minimal intervention dentistry: part 5. Atraumatic restorative treatment (ART) – a minimum intervention and minimally invasive approach for the management of dental caries. British Dental Journal. 2013;214(1):11-8.
16. Frencken JE. The State-of-the-Art of ART Restorations. Update 2014;41:218-24.
17. Frencken JE. The State-of-the-Art of ART Sealants. Update 2014;41:119-24.
18. Frencken JE, Leal CL, Navarro MF. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: a comprehensive overview. Clinical Oral Investigations 2012;16(5):1337-46.

3.6 Abordagem centrada na pessoa – Ações de cuidado bucal em escolares de Espacinha, em Nova Russas/CE

Ermano Batista Da Costa

Cirurgião-dentista da UBS Espacinha

Apresentação do Projeto

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) é uma ferramenta incentivadora para o aprendizado¹. Entendendo que o usuário é um dos protagonistas do Sistema Único de Saúde (SUS)², a ACP pode ser uma estratégia eficaz para realizar promoção e prevenção em saúde bucal. Neste sentido, tem sido realizado desde mês abril de 2017, o projeto intitulado “Autocuidado Bucal na Escola”, pela Equipe de Saúde Bucal da Unidade Básica de Saúde de Espacinha, distante 10 km da sede Nova Russas-CE, Brasil. O presente relato explicita parte desse projeto, usando discussões, imagens e depoimentos, que envolvem a saúde bucal dos alunos (4 a 10 anos) de uma Escola de Ensino Fundamental e outra Infantil, localizadas na referida área adstrita.

Base Teórica

A ACP é derivada das ideias do norte-americano Carl Rogers (1902-1987), as quais vêm inspirando ciências como a odontologia. A teoria rogeriana oferece uma compreensão aprofundada do humano autêntico, no centro³. O respeito pela pessoa é essencial, havendo a necessidade de realização das potencialidades possíveis, como forma de crescimento. Assim, a ACP procura enriquecer o indivíduo, favorecendo o desenvolvimento individual¹.

Então, surge o desafio contemporâneo de integrar dentro do processo de cuidado baseado em evidências, o atendimento centrado na pessoa e no trabalho em equipe, como grande desafio do século XXI².

Refletindo Sobre a Prática

A ACP forneceu instrumentos de uso sistemático para assegurar o uso das habilidades necessárias para estimular o autocuidado bucal nos escolares de Espacinha. Por isso, tentou-se desde a implementação do projeto: explorar a doença e a experiência da criança com a doença, através de rodas de conversas para troca de informações e ideias com alunos, entendendo-os como um todo, holisticamente.

Salienta-se que foram realizadas previamente encontro com a comunidade escolar para explicar o projeto, e diante mão, receber o consentimento para realizar os procedimentos preventivos nas crianças, diante dos recursos odontológicos disponíveis na unidade de saúde, ficando os procedimentos invasivos como as exodontias, realizados apenas na presença do responsável.

Clinicamente, elaborou-se um plano de tratamento de manejo dos problemas de saúde bucal infantis, suportado em critérios de avaliação do risco (baixo, médio e alto), conhecendo causas (organismo, dieta, higiene) e consequências (cárie, perda dentária, prejuízo ao organismo e a vida). Diante do diagnóstico si-

tuacional foi possível aplicar ações, almejando incorporar promoção e prevenção à saúde, principalmente nos eixos: hábitos alimentares e de higiene.

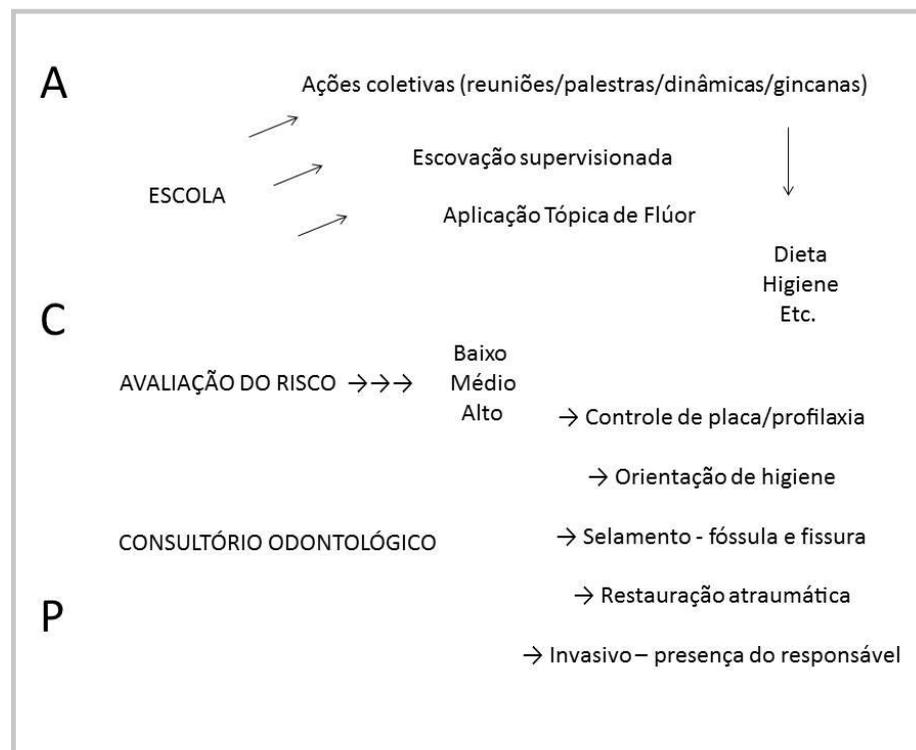


Figura 1. Esquema do desenvolvimento clínico e das ações desenvolvidas, Espacinha, Nova Russas-Ce, 2018.

Ao longo do processo, a conduta profissional foi facilitar a assimilação de hábitos de saúde bucais saudáveis, até gerar uma aprendizagem significativa, verificada quando uma criança conseguia repassar as informações recebidas, bem como demonstravam controle do biofilme dentário³.

O principal procedimento realizado nos procedimentos coletivos nas escolas foi a escovação supervisionada, comumente realizada nos programas de saúde bucal coletiva. No atendimento individual, por sua vez, no consultório odontológico, destacaram-se: o controle de placa, o diálogo, o aconselhamento e o selamento dos primeiros molares permanentes nas crianças com risco de cárie.



Figura 2. Ações clínicas e coletivas pela ACP, realizadas junto aos escolares, Espacinha, Nova Russas-CE, 2018.

Como consequência das ações pela ACP, observou-se intensificação da relação profissional-paciente, passando a criança enxergar o cirurgião-dentista não como terror, mas como parceiro. Percebeu-se que o medo da criança geralmente advinha da mãe e da vacinação, realizada sem a aplicabilidade de técnicas de abordagem psicológica⁴. Seguem as Ideias Centrais (IC) dos relatos das Crianças(C) durante as ações, pós-correção ortográfica:

- C1. “Na primeira vez eu fiquei morrendo de medo”.
- C2. “Eu tinha medo da agulha, mas ela é igual uma formiguinha”.
- C3. “Eu achava que extrair o dente doía. Tenho medo de sangue”.
- C4. “A minha vó queria arrancar meu dente à força”.
- C5. “Eu gosto mesmo é de fazer limpeza”.
- C6. “Quando é que venho de novo?”

Os pais chegavam ao consultório odontológico com a ideia fixa de remover o dente de leite da criança, relatando que a mesma “não deixou extrair”. Foi considerado pela equipe desnecessário expor a criança a uma injeção anestésica, salvo nos casos de dor. Esses entraves foram discutidos durante as ações juntos aos pais, bem como se desvendou o mito do uso de antibióticos “estragar dentes”⁵. À frente às IC das falas das Mães(M) diante das ações:

- M1. “Na minha época não tinha isso não, me seguravam à força para arrancar o dente”.
- M2. “Quando eu era criança, se eu não deixasse, apanhava na frente do dentista”.
- M3. “Se eu tivesse esse cuidado não tinha perdido meus dentes”.
- M4. “Toda vez que vou ao posto ela quer ir ao dentista agora”.
- M5. “Ele tem mais coragem que eu”.
- M6. “Agora ela só vive com a escova de dente na mão”.

Havia um hábito de utilizar pequena quantidade de fio dental, o que gerava reuso da parte contaminada. Alguns pacientes infantis demonstraram não possuir fio dental em casa e no ato das ações outros mostraram fazer apenas movimento de vai e vem entre os dentes. Com isso, tentou-se indicar a limpeza eficiente pelo tamanho correto de fio, ao estendê-lo pelas paredes interproximais de todos os dentes, fazendo um formato em “C” do fio em relação ao longo eixo do dente⁶.

Devido às eventuais dificuldades de compreensão ou imaturação cognitiva do público alvo, não foi intensificada a instrução de higiene bucal baseadas em técnicas de escovação como a de Bass e modificadas, apenas foi reforçada a importância de posicionar a escova de forma que removesse os alimentos mais pegajosos nas fósulas e fissuras.

Paralelamente ao projeto foram realizadas dinâmicas como: a) a competição do autorretrato da cavidade oral, observada da imagem refletida da criança em um espelho b) busca pela criança depoimentos de idosos, exibindo a história da saúde bucal de cada na forma de vídeos, expressa nas IC que seguem:

- I1. “Eu perdi meus dentes bem novinha, não tinha nem 20 anos. Aí coloquei dentadura”.
- I2. “Naquele tempo o dentista vinha arrancar meus dentes em casa. Já cheguei arrancar sem anestesia”.
- I3. “Antes só tinha um posto de saúde no município. Só os ricos tratavam os dentes, a gente fazia era extrair mesmo. O dentista vinha a cada 15 dias”.
- I4. “Na minha época os políticos traziam o dentista para arrancar nossos dentes e dava a dentadura nas eleições”.
- I5. “Hoje as coisas tão boas demais, e o povo não se cuida”.

Procurou-se buscar harmonia no relacionamento profissional-paciente, sendo realista com as crianças sobre a saúde vital de seus dentes, discutindo os malefícios da perda dentária, antecipada pela experiência da dor, e posterior uso de prótese dentária, situação pouco confortável, percebida pelas crianças quando colheram os relatos dos idosos que faziam o uso de prótese.

Deu-se uma especial atenção às crianças mais vulneráveis psicossocialmente, como as “criadas” por outras pessoas que não os pais, como avós. Dirimiu-se que essas crianças têm valores de cuidados orais arraigados influenciados por seus entes familiares, os quais foram mitigados pela odontologia curativa do século XX.

Quanto ao estímulo do autocuidado, procurou-se observar o comportamento e sentimentos da criança, impacto dos problemas bucais na vida diária e expectativa com a atuação profissional. Da submissão a interação, usou-se a tática do contato visual e escuta qualificada ativa, deixando a criança falar por algum tempo e só depois tentar esclarecer as questões, desenvolvendo uma postura profissional empática⁷.

Foi importante conhecer cada criança, a família e o ambiente em que viviam, e tratá-la nesse contexto, o que possibilitou traçar prioridades, objetivos e metas conjuntos.

Consideração Final

A experiência revelou que as crianças e seus familiares desejam fortemente na atenção primária uma Abordagem Centrada na Pessoa, com comunicação e parceria, promoção e prevenção da saúde oral, dada a satisfação observada e redução da preocupação, melhora na aderência aos tratamentos e sintomas orais.

Referências

1. Rogers CR. Pode a aprendizagem abranger ideias e sentimentos? In: ROGERS, C. R. et al. A pessoa como centro. São Paulo: EPU; 1977.
2. Lopes JMC, Ribeiro JAR. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015; 10 (34): 1-13. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)870](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)870). Acesso em 26 de maio de 2018.
3. Parente FAC, Pinto GAT, Camelo ZMC. Teorias da Aprendizagem. Fortaleza: UAB/UECE; 2014.

4. Soares FC, Lima DSM, Barreto KA, Colares V. Factors associated with dental anxiety in children: a literature review. Psicologia, saúde & Doença. 2015; 16(3): 373-385.
5. Cardoso AC, Corralo DJ, Biavatti R. A relação entre cárie e uso de antibióticos em bebês e crianças uma abordagem multiprofissional no PET- SAÚDE ZACHIA. In: II Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde; 2013.
6. Kubo FMM, Mialhe FL. Fio dental: da dificuldade ao êxito na remoção do biofilme interproximal. Arq Odontol. 2011; v (1): 51-55.
7. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(12): 2316-2322.

4 *Gestão e Planejamento*

4.1 Introdução – Princípios do Planejamento em Saúde

por

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Cirurgião-Dentista. Doutor em Odontologia Social/Saúde Coletiva. Professor Titular do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Gilberto Alfredo Pucca Jr.

Cirurgião-Dentista Doutor em Ciências da Saúde. Prof. Adjunto do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília.

Petronio José de Lima Martelli

Cirurgião-Dentista Doutor em Odontologia. Prof. Adj.do Departamento de Medicina da UFPE.

O planejamento é um instrumento que possibilita, a partir de objetivos e metas pré-definidos, a organização de profissionais e usuários em torno de propostas de ação, a agregação e a articulação de diversas formas de intervenção na realidade. Significa, diante de problemas, necessidades e prioridades, pensar o futuro por meio da aposta em um determinado projeto¹.

No campo da gestão, seja na iniciativa privada ou na esfera pública, o planejamento é concebido como um instrumento que se propõe a desenhar, executar e acompanhar ações para intervenção e transformação de uma dada situação².

Na área de saúde, o planejamento surgiu a partir da segunda metade do século XX, sendo reconhecido por alguns órgãos internacionais e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Decorreu de demandas de reorientação dos sistemas de saúde, em virtude de mudanças na condição de vida e de saúde das pessoas em uma sociedade².

Na América Latina, um importante marco foi a proposição, pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), de utilização do planejamento por meio de um método conhecido como Cendes-Opas. Este método significou a resposta às demandas apresentadas em 1961, pela Reunião de Punta Del Leste de planos integrados de desenvolvimento econômico e social em países subdesenvolvidos, como condição para a realização de investimentos externos. No entanto, o método Cendes Opas apresentou um forte traço normativo, o que o tornou extremamente limitado para interpretar e intervir na realidade em cada local a cada momento¹.

Nos anos 70, o planejamento estratégico em saúde surgiu como uma proposta de ampliação da compreensão dos contextos sociais e das formas de atuação. O planejamento estratégico apresentou a proposta de subordinação das questões econômicas ao campo político e o reconhecimento da importância das diversas visões de mundo e formas de atuação dos atores sociais (sujeitos) que participavam e conduziam os processos de planejamento. A construção de viabilidade política para os planos de ação trazia a possibilidade de se estabelecer parceria entre os sujeitos do planejamento e destes com as instituições nas quais trabalhavam³.

O primeiro produto deste movimento é o documento produzido em 1975 pelo Centro Panamericano de Planejamento de Saúde (CPPS), intitulado “Formulação de Políticas de Saúde”. Este documento “concebe o planejamento como um processo que, embora dominado pelo Estado, supõe a mobilização de vários

atores e introduz a necessidade de análise de viabilidade política e da estratégia”^{4 (314)}.

Na linha do documento do CPPS, na década de 80, em função dos estudos de Mario Testa e Carlos Matus, o planejamento normativo começou a ser substituído pelo planejamento estratégico. Testa manteve uma estreita relação com instituições de pesquisa e ensino e se aproximou dos movimentos populares. Também ligado a instituições de pesquisa social, Matus vivenciou, como ministro do planejamento, a proposta de construção de um governo de bases socialistas no Chile. Ambos experimentaram o insucesso frente à ideologia autoritária de governos que utilizaram a força e a norma para reprimir movimentos políticos participativos e democráticos. Diante do fracasso dos movimentos populares enfatizam a importância de se discutir a questão do poder e da ideologia. E, ao pensar o planejamento estratégico em saúde, elaboraram importantes críticas à centralidade normativa do planejamento vigente^{4,5}.

O desenvolvimento das ações de planejamento no Sistema Único de Saúde

Dos anos 60 até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento em saúde se caracterizou por um excesso de decisões centralizadas, que geraram planos normativos, verticalizados e nem sempre adequados às realidades locais⁶. Após a implantação oficial do SUS, o processo de descentralização propiciou o fornecimento crescente de tecnologias e recursos capazes de dotar os sistemas locais de maior capacidade de gestão. Isto vem possibilitando o alcance de diagnósticos mais precisos e a organização dos serviços cada vez mais adequada às necessidades da população. O planejamento aparece como um instrumento importante, conferindo mais poder e responsabilidade aos municípios. Este resgate de poder para o gestor municipal propicia uma nova relação entre as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal).

O processo de municipalização iniciado nos anos 80, fortaleceu a descentralização do SUS e gerou maior flexibilização para a gestão na esfera municipal. Este fato fortaleceu o processo de tomada de decisões, possibilitando mais autonomia aos atores envolvidos, visando ampliar a criatividade na busca de soluções⁶. Mas, não foi um processo imediato.

O SUS foi implantado oficialmente no ano de 1991 e, nos primeiros anos, as mudanças propostas em decorrência de seus princípios e diretrizes, se constituíram em enormes desafios para os três níveis de gestão. Assim, principalmente na esfera municipal, as novas medidas para a organização dos serviços, reorientação do processo de trabalho e aproximação aos movimentos populares, são aspectos que não foram prontamente assimilados pela maioria dos gestores e pela população. O mesmo quadro ocorreu em relação à consciência da saúde como direito de cidadania, da importância do controle social e da própria percepção do processo saúde/doença, e a visão de mundo da classe dominante continuou influenciando a gestão dos serviços, bem como os valores, costumes e o comportamento da maioria das pessoas em relação à sua saúde⁵.

Coloca-se, então, para o SUS a necessidade de repensar o processo de planejamento e o próprio processo de trabalho, com aproximação aos movimentos populares, exigindo um agir mais participativo e a aplicação do planejamento em toda a sua potencialidade, como forma de enfrentar e superar dificuldades. Esta necessidade esbarra em alguns empecilhos ao desenvolvimento do SUS.

O primeiro deles se refere à predominância do modelo biomédico e ao desconhecimento da realidade local nos processos de planejamento, em especial nos diagnósticos e na elaboração dos planos de ação. Com muita frequência, a gestão se fazia com base no improviso e sem a participação de todos os atores sociais envolvidos. Estas situações geravam um cenário de falta de norteamento para a condução das ações de saúde, onde imperavam, por meio de um planejamento anacrônico, o “apagar de incêndios”, “atender à demanda urgente”, “gerar consultas”, etc.⁶ Observava-se ainda, algum despreparo de gestores e profissio-

nais para organizar as ações junto aos movimentos populares, perdendo oportunidades para a implementação de um processo participativo de planejamento nas unidades de saúde⁷.

Em certa medida, a superação destas situações sempre esteve relacionada à capacidade do nível local em se articular como equipe e, junto à população, assumir a responsabilidade pela gestão do plano e conquistar autonomia para definir e direcionar o sistema de saúde de forma coerente com os problemas e as demandas locais. Ao longo dos anos, a grande maioria dos municípios brasileiros passou a ter sistemas de saúde próprios, centrados na atenção primária. Esta nova realidade trouxe a necessidade de se fazer o planejamento voltado para este nível de atenção com pactuações com outros municípios na constituição de um sistema integralizado de saúde. Era necessário desmitificar o planejamento e seus instrumentos como algo inacessível ao gestor local e àqueles que trabalham na base do sistema de saúde⁶.

Construir um novo processo de planejamento em aproximação com o usuário, percebendo-o como parceiro e sujeito, constituiu, e ainda constitui um grande desafio para os gestores do SUS.

O planejamento no dia a dia dos serviços públicos de saúde

Planejar é uma ação e um ato inerente à pessoa humana. Mesmo que não tenhamos consciência deste fato, nós sempre planejamos praticamente tudo que fazemos. Frequentemente fixamos metas e objetivos. Se prestarmos atenção, sempre que desejamos fazer uma viagem, uma ação em um final de semana, a compra do ingresso para um show, um encontro romântico, etc., nos vemos planejando estas atividades⁸.

Na vida cotidiana, há situações nas quais somos obrigados a planejar, sob a pena de ter problemas caso não façamos. O orçamento doméstico é uma destas situações. E o fazemos, uma vez que sempre há a possibilidade de haver mais demandas do que nossos recursos permitem e precisamos fazer um cálculo e uma previsão dos gastos, frente às nossas expectativas. Este processo nos propicia evitar o endividamento e o consequente pagamento de juros⁸.

Mas, não planejamos apenas para controlar os gastos. Planejamos, também, porque desejamos alcançar objetivos. É até possível que consigamos alcançar algum objetivo sem planejar. Nesse caso, precisaremos contar com a sorte ou uma circunstância inesperada, pois, as possibilidades de alcançá-lo ficarão bem mais reduzidas. E se o objetivo envolve um coletivo de pessoas, a falta de planejamento reduz, em muito, as chances de alcance dos objetivos desejados⁸.

Surge, então, uma pergunta fundamental: o planejamento garante que vamos alcançar um objetivo? Não! Porque não há certeza no planejamento. Na verdade, o que ele faz é aumentar a probabilidade de acerto na atividade que vamos realizar. É fato que o planejamento das atividades cotidianas se faz, muitas vezes, de forma intuitiva ou pouco sistematizada, podendo nos impedir de obter os resultados na dimensão que queremos. Aí se coloca uma segunda pergunta: se aumentarmos a qualidade do processo de planejamento poderemos aumentar nossas chances de atingir um objetivo? É possível que sim. Neste caso, precisaremos de um método, que nos possibilite atingir a qualidade que buscamos⁸.

Esta constatação fica clara na maioria das vezes, quando os objetivos que desejamos alcançar são complexos, e/ou precisam ser perseguidos coletivamente. Neste caso, necessitamos de um método que apresente conceitos básicos, terminologias e instrumentos que possibilitem a compreensão das formas de planejar, com compartilhamento, diálogo e participação efetiva de todas as pessoas que vão participar da formulação e operacionalização de um plano. A ausência de um método, praticamente inviabiliza o planejamento, principalmente se se tratar de organizações complexas, como os serviços públicos de saúde, onde este

processo precisa ser institucionalizado, com a participação de gestores, profissionais e usuários⁸.

Campos et. al (2010), afirmam que

Quando planejamos alcançar objetivos complexos, e queremos fazê-lo de forma participativa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersectorialidade), necessariamente precisamos trabalhar com um método de planejamento⁸.

Outro importante aspecto que necessita ser ressaltado é a compreensão da diferença entre plano e planejamento. O ato de planejar não deve ser confundido com a elaboração de um plano⁹, o qual “é um produto momentâneo de um processo de planejamento”¹⁰⁽¹⁹⁾. Um plano é sempre um documento “pronto” que, em alguma medida e, durante um determinado período de tempo, deve ser compartilhado ou ser a referência para negociações em relação a algum projeto elaborado. Tem prazo de validade. Embora tenha que estar pronto, nunca está acabado. O plano orienta a ação da equipe que planeja⁸.

Diferente de um plano, o planejamento se caracteriza como um processo em permanente construção. No espaço dos serviços públicos, se faz em situações nas quais, notadamente no espaço dos serviços públicos, pode haver menos recursos do que os necessários para se efetivar uma ação. Além disso, é importante considerar que muitas destas situações são dinâmicas, nem sempre mantendo regularidade, por meio de cenários diversos que podem apresentar surpresas para os planejadores. É possível afirmar que o planejamento em saúde se dá em ambientes de incerteza e que estamos sempre trabalhando em situações dinâmicas que podem sofrer constantes transformações. Sendo assim, é o caráter permanente do planejamento que vai conferir maior direcionalidade às ações, facilitar o monitoramento de tudo que se faz, o enfrentamento das incertezas e aumentar as chances de se alcançar os objetivos⁸.

O planejamento aproxima as pessoas, favorece que estas possam expressar seus sentimentos, desejos e, desta forma, fortalece as relações pessoais e sociais. Ajuda a transformar as realidades.

Para alguns autores, é importante que o planejamento seja assumido pelas equipes de saúde, como ferramenta de gestão, fundamental à organização das práticas e do processo de trabalho de uma unidade de saúde. Por estes motivos, no campo da saúde pública, o modelo de planejamento deve se alinhar e ser coerente com o modelo de gestão adotado⁸.

Para outros, é percebido como processo social, no qual participam sujeitos e coletivos e onde o foco são as relações sociais. Planejamento não se baseia apenas na teoria, na ideologia ou na utopia. Está intimamente relacionado à ação como um processo e significa pensar esta ação antes, durante e depois. Significa a proposta de que não se trabalhe com base na rotina e no improviso¹¹. O planejamento é um cálculo que precede e preside uma ação¹².

O planejamento é uma prática social uma vez que pode se apresentar de um modo não estruturado e significa ir além da formalização política e buscar um componente comunicacional por meio de uma ação democrática que adota uma prática dialógica, com a busca de consensos e acordos a partir de compromissos firmados entre os atores¹³.

Por outro lado, o planejamento como prática social pode se apresentar de modo estruturado, por meio de políticas, planos, programas ou projetos.

O plano diz respeito ao que fazer de uma dada organização, reunindo um conjunto de objetivos e ações e expressando uma política, explicitada ou não. O programa estabelece de modo

articulado objetivos, atividades e recursos de caráter mais permanente, representando certo detalhamento de componentes de um plano ou, na ausência deste, definindo com mais precisão o que fazer, como, com quem, com que meios e as formas de organização, acompanhamento e de avaliação. No caso de projeto, trata-se de um desdobramento mais específico de um plano ou programa, até mesmo para tornar exequível ou viável algum dos seus componentes (projeto dinamizador), cujos objetivos, atividades e recursos têm escopo e tempo mais reduzidos. Desse modo, um plano pode ser composto de programas e projetos, ao passo que um programa pode envolver um conjunto de projetos e ações^{11(772,773)}.

O planejamento como campo do conhecimento em saúde

O planejamento visa contemplar necessidades humanas, e tem a intenção de identificar e explicar problemas e oportunidades para enfrentar dificuldades e orientar as ações. No campo da saúde, seu objeto (problemas) se refere, tanto ao estado de saúde das pessoas, aos riscos e vulnerabilidade social, quanto à organização e gestão dos serviços de saúde. Para enfrentar estas necessidades humanas, o planejamento pode ter, como foco uma imagem-objetivo que tem como suporte os valores, ideologias, utopias e vontades das pessoas, na qual as necessidades não se reduzem a problemas, podendo expressar projetos, ideais de saúde e novos modos de vida. Pode também, ter como foco uma situação-objetivo por meio da qual se torna fundamental a identificação e explicação do problema (ou problemas) que caracterizam a situação inicial, ou ponto de partida para o ato de planejar¹¹.

De acordo com Mário Testa, a intencionalidade do processo de planejamento em saúde é de mudança social, numa clara intenção de pensar uma nova sociedade. Sua proposta tinha como objetivo, mudar a história ao intervir sobre a realidade. Daí a concepção de planejamento como prática histórica. Tem clareza sobre a influência do poder na sociedade e no setor de saúde. Na sua proposta, o planejamento em saúde deve se fazer atento às disputas e aos jogos de poder, tornando-se uma prática construída (historicamente) por meio de estratégias de ocupação de espaços de enfrentamento⁵.

Um ponto central da teoria proposta por ele é a discussão do poder e da ideologia como categorias fundamentais à compreensão da dinâmica organizacional das instituições. Para além da proposta de planejamento estratégico, Testa avançou quando propôs que se pensasse a ação em saúde como uma ação política que, em última análise, expressava o pensamento e as disputas estabelecidas entre os sujeitos desta ação⁴.

Reconheceu como fundamental se fazer a explicação dos problemas epidemiológicos e organizacionais a partir de um enfoque estratégico, mas, apontou para a importância de se integrar os diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico. Ao enfatizar a importância da determinação social dos problemas de saúde, Testa privilegia os valores, hábitos e comportamentos dos atores sociais, e faz a análise das relações de Poder existentes na organização das práticas de saúde, compreendendo-as como práticas ideológicas, representativas de quem as faz^{4,5}.

Em relação à ideologia, Testa a compreende como um saber e uma prática, onde o saber traduz uma concepção da realidade e a prática significa o espaço potencial de construção dos sujeitos¹³. Para ele, ideologia aborda um sistema de ideias, enquanto visão de mundo e, também, um sistema de normas e condutas.

Outro personagem fundamental à construção da teoria do planejamento, Carlos Matus propôs que o desenvolvimento seja direcionado pela mudança das estruturas das instituições, dos serviços e da gestão. Sugere que a abordagem dos grandes problemas enfrentados no processo de planejamento se faça pela formulação de ações estratégicas garantam a coerência entre a eficácia econômica e a eficácia política⁵.

Como resposta à crise do planejamento nas macroorganizações, em função da baixa responsabilidade que caracterizava a administração pública latino-americana, Matus propôs uma reforma vertical da administração, com a introdução de uma série interligada de subsistemas de gestão. A primeira, priorizando o planejamento criativo e a descentralização dos sistemas de condução. A segunda propondo a gestão por objetivos ou operações. A terceira, enfatizando a responsabilidade da gestão nos processos de monitoramento, cobrança e prestação de contas⁵.

Uma importante contribuição foi o estabelecimento das diferenças entre norma e estratégia e procedimentos normativos e procedimentos estratégicos. Para Matus,

“A norma, fundamento do procedimento normativo, é uma categoria do necessário e a estratégia é uma categoria do possível em função do necessário. Na estratégia a condução do processo não está dissociada da sua orientação. A estratégia é uma análise e um propósito para o futuro, onde se integram o econômico e o político social. O necessário é conflitivo e a consideração do conflito, contradições, oposições, acordos - a análise de viabilidade política - diferenciam entre o procedimento estratégico e o normativo”¹⁰.

Para Matus, o procedimento normativo significa “um conjunto de ações necessárias para cumprir um objetivo fixado a priori, impondo-se sobre a realidade uma norma de conduta coerente com os objetivos. Nesse procedimento a trajetória entre a situação inicial e o objetivo é uma trajetória eficaz que deve substituir o comportamento real”^{5,10}.

Já o procedimento estratégico “pressupõe respostas do sistema às ações para sua alteração, e a norma é o ponto para o qual se quer encaminhar o funcionamento do sistema. A trajetória é flexível, sujeita a revisões de acordo com as circunstâncias, e a busca da modificação do sistema baseia-se no conhecimento da realidade e não numa imposição sobre a realidade”⁵.

Enfim, Matus propõe o emprego de um modelo de planejamento que tenha a realidade como referência e que funcione como ela: certa e incerta, previsível e imprevisível, em atos relacionais com consensos e dissensos, agindo e reagindo, na busca de “respostas a simulações/ensaios de fatos e perturbações. Um modelo que possa permitir a dedução de uma política viável, capaz de aproximar-se dos objetivos perseguidos”^{5,10}.

Com base nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa, Matus elabora um método de processamento de problemas estruturado em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Empregando elementos de cálculo de cenários e um instrumental de análise estratégica, propôs um modelo de planejamento criativo, flexível e interativo^{5,13}.

Os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional orientam o tempo e o modo de fazer o planejamento, partindo da identificação de um problema, sua explicação, e caracterização para, em seguida, elaborar um plano de intervenção, construir sua viabilidade e partir para a ação planejada. Porém, diante da dinâmica e da imprevisibilidade das unidades de saúde, bem como dos problemas e situações que as caracterizam, o ordenamento destes quatro momentos pode variar a depender da necessidade e/ou da definição dos atores que planejam¹¹.

Este método sistematizado de fazer o planejamento é reconhecido como enfoque estratégico situacional, denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES) e tem, em Mário Testa e Carlos Matus seus mais importantes protagonistas. Outros métodos que se inserem nesta linha são o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e a Planificação de Projetos Orientados por Objetivos (ZOPP). Mas, PES se constitui no

método mais conhecido e empregado no campo da saúde no Brasil. Por este motivo, o presente capítulo o elegeu como objeto de estudo.

A proposta de um planejamento estratégico situacional

Na elaboração dos construtos teóricos acerca do Planejamento Estratégico Situacional (PES), Carlos Matus demonstra a preocupação com a elaboração de instrumentos de condução que confirmam maior governabilidade a um sistema político¹⁰. Argumenta que, no método de planejamento normativo, em geral o planejador se encontra separado (e fora) da realidade, buscando controlá-la como se fosse seu objeto¹⁴. Defende a ideia de que o planejador deve ser alguém que vive a realidade da situação em que trabalha. E que as pessoas com quem compartilha o trabalho e o problema, também sejam sujeitos no ato de planejar. Propõe um método de planejamento situacional onde Situação é o lugar onde estão os atores e suas ações^{14,15}. É a percepção da força social da realidade enquanto expressão das permanentes ações de enfrentamento entre as diversas forças sociais¹⁶.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) “diz respeito à gestão de governo, à arte de governar [...] sendo a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países. [...] Diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura”¹⁷⁽¹⁾.

Com a finalidade de ampliar a capacidade de governar, Matus sugere que sejam capacitados profissionais técnico-políticos, a fim de que possam dar suporte a um processo de governo de médio ou longo prazos. Este processo de governo deve se dar ancorado em dois significados:

- “Governar (maiúsculo) tem o significado de estar no poder de Estado, no exercício de algum cargo no aparelho do Estado.
- governar (minúsculo) tem o significado de que todas as forças sociais governam, ou seja, podem e devem planejar intervenções inteligentes sobre os fatos sociais”⁸.

Em relação aos fundamentos teóricos do PES, Matus chama atenção para três aspectos fundamentais, complementares e que interdependentes. São eles:

- “projeto de governo - refere ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos;
- governabilidade - diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano;
- capacidade de governo - diz respeito à experiência e à acumulação de conhecimentos que uma equipe domina e que são necessários para a implementação de seu plano”⁸.

A *Figura 1* apresenta a inter-relação os fundamentos teóricos do PES, em um esquema formulado por Carlos Matus, denominado “Triângulo de Governo”⁸.

Realizar uma análise destes três aspectos é fundamental e possibilita compreender a relação entre os recursos da gestão e a implantação de ações ne-

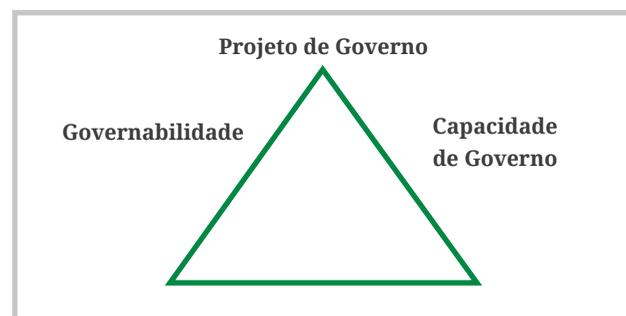


Figura 1. Fonte: Campos et.al.(2010)

cessárias, previstas no processo de planejamento. De acordo com Campos et.al.,

“O Triângulo de Governo procura refletir como essa relação é dinâmica e interdependente. Desse modo, por exemplo, podem acontecer situações em que: uma equipe tem baixa governabilidade para realizar seu projeto, porém, conta com uma alta capacidade de governo, o que pode lhe permitir acumular recursos que aumentem sua governabilidade em níveis suficientes para que seu projeto se realize; ou, uma equipe, apesar de possuir uma alta governabilidade, pode ficar isolada e impotente para realizar o seu projeto, por contar com pouca ou quase nenhuma capacidade de governo ou não possuir um projeto adequado aos problemas que devem ser enfrentados, ou ambos”⁸⁽²²⁾.

O planejamento estratégico situacional é “constituído por quatro momentos não-sequenciais, simultâneos e em constante processo:

1. Momento explicativo: equivalente ao diagnóstico onde são selecionados problemas e discutidas suas causas ao nível dos fenômenos (fenoestrutura) e das estruturas sociais básicas (genoestrutura).
2. Momento normativo: o desenho do ‘deve ser’
3. Momento estratégico de análise e construção da viabilidade política: a discussão do poder.
4. Momento tático-operacional de tomadas de decisão e de realização da ação concreta”⁵.

No Momento Explicativo, o que importa é reconhecer, numa determinada situação, quais são os problemas existentes, buscando identifica-los, prioriza-los e analisa-los. Este momento se constitui como um diagnóstico inicial, no qual é fundamental saber descrever o problema, definir seus descritores, suas causas, as consequências e os resultados esperados com sua solução. Da mesma forma, saber dimensionar a capacidade de enfrentamento de quem planeja com vistas à sua superação. Assim, é fundamental que se busque trabalhar com todas as pessoas que se encontram envolvidas, naquela situação, com o problema objeto da ação. Porque cada pessoa tem uma leitura única da realidade, com percepções diversas sobre a importância, a gravidade de um problema, bem como sobre as formas de enfrentamento do mesmo⁸.

O Momento Normativo se refere ao processo de formulação de soluções para o enfrentamento do (s) problema (s) identificado (s) pela equipe de planejadores em um determinado momento e lugar (situação). As soluções devem ser pensadas e elaboradas tendo como referência o que se identificou, priorizou e analisou no momento explicativo. Em síntese, é o momento de elaboração de um plano de ação coerente com a direcionalidade dada pelo projeto de governo, numa operação que seja a solução mais viável para o enfrentamento e superação do problema. É a formulação do que “deve ser” feito^{8,11}.

O Momento Estratégico se caracteriza pela construção de viabilidade para a efetivação do plano de ação. É o momento em que se verifica quais são os recursos necessários e quais são variáveis em jogo. Onde se avalia quais recursos dispomos e quais destas variáveis estão sob o domínio de quem planeja. Ou seja, o que é realmente necessário para levar adiante a operação proposta para o enfrentamento do problema, e que vai determinar qual é a Governabilidade da equipe que planeja. E que dá a dimensão de poder (técnico e político) da equipe que planeja. Caso se constate que os planejadores não dispõem de todos os recursos e nem controlem todas as variáveis, a construção de viabilidade se dá por meio de operações estratégicas, no interior de um serviço ou instituição, junto aos atores sociais que controlam estes recursos e variáveis para, garantir a plena execução da operação. Neste caso, a motivação (favorável, contrária, indiferente) de quem controla estes recursos e variáveis vai definir as possibilidades de sucesso da operação estratégica. Portanto, a estratégia terá que ser de aproximação, convencimento e adesão destes atores ao plano de ação. Este processo deixa claras as relações de poder em um serviço ou instituição. O insucesso das operações estratégicas confere baixa governabilidade aos planejadores e pode inviabilizar o plano.

O Momento Tático-Operacional se configura como o momento de execução do plano. A efetividade da ação estará diretamente relacionada ao sucesso dos momentos anteriores. Aqui, serão definidos os prazos para a realização de cada ação, assim como estabelecidas as responsabilidades do grupo de planejadores e de cada um em especial. Outra definição importante se refere ao acompanhamento/monitoramento e avaliação permanente das ações previstas no plano inicial, bem como do uso dos recursos e emprego das variáveis. Este processo é imprescindível, pois, garante os acertos de rota, substituição de ações e introdução de novas ações. Este momento revela a capacidade de governo da equipe.

Conceitos do PES

Os conceitos de situação, estratégia, ator social e problema, são fundamentais ao desenvolvimento das teorias de planejamento sendo, até o momento atual, as referências mais importantes.

Matus compreende situação como uma condição na qual vários sujeitos, ou grupos de sujeitos percebem, interpretam e descrevem uma dada realidade. É, pois, a expressão da realidade em um determinado local, num dado momento histórico, onde diferentes pessoas se relacionam com identidades e conflitos, na presença de jogos de poder, tendo que se posicionar frente aos problemas ali existentes. Daí a importância de que o planejamento seja percebido como um cálculo sistemático da situação, capaz de articular o presente com o futuro. Como a situação é dinâmica, o plano, enquanto um cálculo, não deve ser nem unicamente técnico, nem apenas político e muito menos único. Este plano, que muda com as alterações da realidade em cada lugar (em um mesmo lugar, cada momento deve ser compreendido como uma nova situação), deve levar em conta as percepções e propostas de todos os diferentes atores sociais envolvidos no processo de planejamento instituído¹¹.

No conceito de situação, com vários atores em ação, contradições e conflitos estão sempre presentes, são assumidos e necessitam ser enfrentados pelo processo de planejamento situacional. Nesse caso, a ação de planejamento é necessariamente política e guarda em si uma disputa de poder. Pois, de acordo com Matus, um dos recursos escassos que dificultam o desenvolvimento de ações transformadoras são os recursos de poder^{14,16}.

Assim, diferentemente do planejamento tradicional e normativo - que considera haver um conhecimento e uma explicação únicos para uma dada situação, seguida de uma proposta também única e objetiva -, no PES, o conhecimento e a explicação acerca da realidade depende da inserção de cada pessoa nesta realidade. É importante estar atento aos seguintes aspectos: a) quem explica; b) para que explica; c) a partir de qual posição explica; d) em frente de quais outros atores sociais explica⁸.

Uma situação pode ser considerada como um espaço de produção social, onde o planejamento vai ser uma prática influenciada pelo fato de que, em relação à realidade, há várias pessoas olhando, sentindo, interpretando e disputando projetos de intervenção nesta realidade^{8,10}.

Na teoria do planejamento, o conceito de estratégia está relacionado com a capacidade de aglutinar pessoas, ideias e recursos ao seu projeto, no intuito de viabilizar o plano e alcançar o objetivo. Refere-se à existência de diferentes compreensões, vontades e posições das pessoas em relação a um problema que as afeta no interior de uma instituição ou, por exemplo, frente a alguma demanda de usuários dos serviços de saúde. Diz respeito ao necessário enfrentamento ao poder instituído e ao poder oculto nas posições ocupadas por gestores e outros atores sociais presentes. Refere-se, também, aos distintos saberes e projetos coexistindo em disputa e conflito. Ou ainda, à necessidade de se pensar recursos necessários a uma ação, frente à existência parcial, inexistência ou à falta de domínio sobre a decisão de disponibilidade destes recursos. Nestes casos, a estratégia é a arte de convencimento junto a pessoas com que se precisa trabalhar

ou, a pessoas que detêm o domínio para a liberação, ou não, dos recursos necessários a uma ação. É o movimento que visa conferir viabilidade a um projeto^{4,5,9,10}.

Matus define ator social como uma pessoa ou, um coletivo de pessoas que, atuando sobre uma dada realidade, sejam capazes de modifica-la. O PES é um método que propõe o planejamento como um processo participativo, no qual todas as pessoas ou grupos de pessoas possam se expressar com liberdade para o diálogo franco e a negociação dos diferentes interesses em jogo. Este processo participativo garante maior compromisso e corresponsabilização de todos com o processo de planejamento⁸.

É necessário ter clareza do fato de que, vai depender do perfil dos atores sociais que planejam, a capacidade de governo (que variáveis e recursos dominam) e de enfrentamento de um problema. Ou da constatação de que cada ator social atua no processo de planejamento e deseja transformar a realidade de uma forma peculiar, resultando em processos mais compartilhados e aglutinadores, ou, mais centralizados, normativos e autoritários⁸.

Fundamental no processo de análise situacional de uma dada situação, o conceito de problema é fundamental à compreensão do processo de planejamento. De acordo com Campos, et. al (2010),

“... um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada”⁸.

Problema se refere a um obstáculo que impede uma ação ou que paralisa um serviço, impedindo o alcance de um objetivo. É uma questão auto referida e, portanto, depende da percepção, perspectiva e sensibilidade de cada ator da situação onde ocorre. Num mesmo local, o que é entendido como problema para um ator, pode não ser assim percebido por outro. Ou percebido, mas, em intensidades diferentes. Pode-se afirmar que os problemas também se constituem em objeto do trabalho das equipes de saúde⁸.

De acordo com as suas características, os problemas podem ser classificados da seguinte maneira, conforme apresentado no *Quadro 1*.

TIPOS DE PROBLEMAS	SIGNIFICADOS
Problemas estruturados	São aqueles cujas causas são amplamente conhecidas. Em geral, os caminhos para seu enfrentamento encontram-se no âmbito da governabilidade do gestor e dos sujeitos da ação, e sua solução é consensual.
Problemas Quase-Estruturados	<ul style="list-style-type: none"> • as causas de difícil identificação; • muitas variáveis envolvidas; • são problemas para uns, e não são para outros; • exigem soluções situacionais que implicam desconforto (são boas para algumas pessoas e más para outras); • são problemas sociais que exigem soluções com plano de ação.
Problemas Intermediários	São problemas vividos no cotidiano dos serviços. Apresentam interferência interna, na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados.
Problemas Finais (ou Terminais)	São problemas vividos diretamente pelos usuários dos serviços. Apresentam interferência interna e externa, com comprometimento do serviço para o usuário. Em geral, seu enfrentamento exige a superação de problemas intermediários, que interferem ou são causadores dos problemas finais.

Quadro 1. Tipos de problemas presentes no processo de planejamento em saúde e seus significados. Fonte: Campos e colaboradores (2010) - Quadro elaborado pelos autores.

Em geral, os problemas quase estruturados e os problemas finais devem ser alvo de processos de planeja-

mento, uma vez que os demais podem ser tranquilamente enfrentados com ações preventivas e corretivas de rotina pelas equipes de saúde.

Para o planejamento e saúde bucal

Pode-se admitir alguns passos para a construção do planejamento em saúde e, portanto, em saúde bucal.

O primeiro é definir o autor que planeja. Quem é o protagonista, quem assume politicamente o planejamento. O segundo é definir a missão da organização onde o autor está inserido. O terceiro exige a formulação, a mais precisa possível, dos problemas a serem enfrentados. O quarto é descrever os problemas, pois não basta apenas formula-los. O quinto se refere a explicação do problema. O sexto é identificar as causas dos problemas, ou seja, os nós críticos. O sétimo é iniciar o desenho das possíveis soluções e estratégias para enfrentar os problemas. O oitavo é elencar os recursos que, a princípio, serão alocados para se efetivar as estratégias. O nono é analisar a viabilidade do plano, visto que, o ator não controla todos os recursos necessários para sua execução. O décimo é a elaboração do plano operativo, designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para cada execução. E por último é a gestão do plano propriamente dita, desenhar o modelo de gestão e definir o processo de acompanhamento e os instrumentos.

Utilizar as técnicas e os instrumentos do planejamento é fundamental para se manejar as programações em saúde bucal nos três níveis de atenção, e em particular na atenção básica. Neste aspecto ressalta-se o conceito de território e área de abrangência, espaços que são delimitados pelas características socioeconômicas e também biológicas dos arranjos familiares e pela forma que estes atuando sinergicamente impactam as condições materiais devida e, portanto, o processo saúde-doença. Estes dados, conjuntamente com as informações individuais obtidas no acolhimento ou mesmo na triagem odontológica dos indivíduos nos fornecerá a base do planejamento.

Os territórios, ou áreas de abrangências podem ser divididos em: distrito, área, microárea e domicílio. O distrito obedece a lógica político-administrativa, é o espaço de um município. O que subsidia sua delimitação é o planejamento urbano e seu objeto é o administrativo e o distrito sanitário institui-se neste espaço.

A área corresponde ao espaço de responsabilidade de uma unidade de saúde. É um território de determinação da corresponsabilidade pela saúde naquele espaço, entre população e serviço. É também, um conjunto de micro áreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde.

Microárea é um seguimento da divisão geográfica da área de abrangência, composta de domicílio, sob a responsabilidade de um ACS. O território-microárea deve ser delimitado a partir da análise das condições de vida e saúde dos grupos populacionais. Microárea é um espaço privilegiado para o enfrentamento dos problemas de saúde, de forma contínua, através de ações direcionadas à superação dos nós críticos identificados. Desta maneira, poder-se á atuar sobre as causas dos problemas, buscando o atendimento às necessidades de cada parcela da população. A delimitação de microáreas de risco dentro da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família é a que deve nortear a delimitação das microáreas de atuação dos ACS, possibilitando que a equipe de saúde possa planejar, de forma eficaz, ações e serviços sobre seu território.

A adscrição da clientela da unidade na Equipe de Saúde da Família é feita através da definição das áreas de abrangência da unidade e do cadastramento da população que reside na área.

Além do número de pessoas e famílias, devemos considerar critérios básicos para a delimitação de abran-

gência da ESF e do acesso da população os seguintes aspectos:

- a) Geográfico: distancia a ser percorrida até a unidade e existência de barreiras geográficas.
- b) Funcional: Tipo de serviços oferecido pela unidade de saúde, seus horários de funcionamento e sua qualidade.
- c) Cultural: Inserção do serviço nos hábitos e costumes da população.
- d) Econômico: Disponibilidade dos recursos a todos os cidadãos.

Um dos grandes desafios para o planejamento é o limitar o campo que delimita a atuação da Equipe de Saúde Bucal na atenção básica. É imprescindível que as ações de Saúde Bucal integrem as ações intersetoriais e transversais de saúde, pois é neste nível que impactará a promoção da saúde e, portanto, o perfil epidemiológico populacional. O planejamento que incorpore o foco no território e nas ações transversais tem a potência de ajudar a desencorajar a visão, ainda hegemônica, que saúde bucal se faz com foco nas ações clínico-individuais e dentro de consultórios odontológicos. Nesta visão tradicional e conservadora, admite-se a supremacia das ações de assistência em detrimento da atenção à saúde. A prática da Saúde Bucal deve-se constituir enquanto ação planejada que integre uma dinâmica de integralidade multidisciplinar, com foco na clínica ampliada e que interfira, continuamente nos determinantes sociais, politizando os agentes etiológicos que os constituem.

Para um planejamento eficaz, um outro conceito importante é o de avaliação de risco que pode ser definido como um processo de levantamento e análise de informações de saúde mediante técnicas específicas para subsidiar a tomada de decisão e implementação, de maneira sistemática, de ações e articulação intra e inter-setorial visando a promoção da saúde, melhorando as condições de vida das populações e dos indivíduos.

Em saúde bucal a avaliação de risco é uma ferramenta indispensável para o planejamento das ações assistências e de atenção à saúde, individuais e coletivas, clínicas e de promoção à saúde. É a utilização do conceito de risco que legitimará a equidade em saúde bucal. Podemos admitir três categorias de riscos.

- Risco individual (de origem biológica que impactam o processo saúde-doença)
- Risco Familiar (a forma de composição, organização, aspectos culturais e sociais do núcleo familiar)
- Risco coletivo (determinantes sociais e coletivos que interferem no processo de adoecimento das populações)

Num primeiro momento, tendo em vista a necessidade de se organizar a demanda programada, deve-se triar as famílias tendo sempre o risco como parâmetro. Nesta etapa se classifica as famílias segundo critérios de extratificação quanto aos fatores que corroboram para as doenças da cavidade bucal, dos tecidos duros e moles, por exemplo, cárie, doença periodontal e câncer oral. Em seguida, as famílias são ordenadas, por risco, assegurando o princípio da equidade. Desta forma, se organiza a demanda programada e a assistência odontológica tendo o critério de vulnerabilidade.

Considerações finais

Este estudo teve a intenção de apresentar um breve relato do desenvolvimento do Planejamento em Saúde no Brasil desde os anos 60 do século passado, até chegar à apresentação e aplicabilidade dos desafios que se colocam para os gestores, profissionais e usuários do SUS.

Tomou-se a decisão de apresentar o Planejamento Estratégico Situacional (PES) como objeto de estudo, com a intenção de apresentar um método para que estudantes e iniciantes nas práticas de planejamento em saúde possam encontrar as primeiras pistas para buscar o aprofundamento necessário neste impor-

tante campo da gestão, organização e avaliação dos serviços de saúde.

As contribuições de Mário Testa e Carlos Matos são subsídios fundamentais ao processo de planejamento em saúde e revelam o compromisso com a vida das pessoas, uma vez que buscam conferir um novo sentido ao processo de planejamento em saúde. Procuram compreender a saúde e a doença como fenômenos socialmente determinados, em sociedades em que o poder e a ideologia são categorias decisivas à estruturação destas sociedades, à organização dos serviços de saúde e à construção/consolidação dos valores das pessoas, nem sempre resultando em uma qualidade nova para a vida e as relações sociais. Desta forma, apresentam ferramentas teóricas e metodológicas que permitam aumentar a capacidade de análise e de intervenção de agrupamentos humanos, permitindo o diagnóstico de uma situação sanitária, a identificação dos determinantes envolvidos e, apesar das dificuldades do contexto ou das pessoas, a ampliação das ações de intervenção. Em todo esse processo, sem perder de vista o desenvolvimento integral das pessoas.

Referências

1. Bezerra, AFB. Métodos e técnicas de planejamento em saúde. In: Goes, PSA; Moysés, SJ (Org.). Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248 p. p. 45-53
2. Teixeira, CF (Org.) Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.
3. Rivera, FJU; Artmann, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 1999; 4(2): 355-65
4. Rivera, FJU. Planejamento de Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 478 p. p. 312-17. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> - Acesso em 23/10/2018
5. Giovanella, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Cad. Saúde Pública, vol. 6, nº. 2. Rio de Janeiro: Apr/Jun 1990.
6. Tancredi, FB; Barrios, SRL; Ferreira, JHG. Planejamento em Saúde. In: Série Saúde & Cidadania - vol 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
7. Campos, GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. 185p.
8. Campos, FCC; Faria, HP; Santos, MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p.
9. Chorny, AH. Planificación em salud: viejas ideas em nuevas ropajes. CuadernosMedicos y sociales. Rosario / Argentina: v.73, p.23-44, 1998
10. Matus, C. Fundamentos da planificação situacional. In: Rivera, FJU (Org.) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989, p.105-196
11. Paim, JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos, Gastão Wagner. Tratado de Saúde Coletiva, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006 p. 767-782
12. Matus, C. Teoria da ação e Teoria do Planejamento, in: C. Matus. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1996, pp. 81-98.
13. Testa, M, Estrategia, Coherencia y Poder en las Propuestas de Salud - Parte I. 10. Cuadernos Médico Sociales. Rosario (38)4: 24, 1987.
14. Giovanella, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. Cad. Saúde Pública, vol. 7, nº. 1. Rio de Janeiro: Jan/Mar. 1991.
15. Testa, M. Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación, Estrategia y Programación. Buenos Aires, 1986. Mimeo.
16. Matus, C. Política y Plan. Caracas, Ed. IVEPLAN, 1982.
17. Toni, J. O que é o Planejamento Estratégico Situacional? In: Revista Espaço Acadêmico, nº. 32. Maringá: Jan 2004. Disponível em http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm#_ftnref2. Acesso em 30/10/2018.

4.2 Software como ferramenta de apoio à gestão local nas ações de saúde bucal para o programa de saúde na escola

Karla Lorene de França Leite
Lígia Patrícia Furtado de Figueirêdo
Ronald Pereira Cavalcanti
Wilton Wilney Nascimento Padilha

Os Ministérios da Educação e da Saúde estabeleceram o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, com deliberação de política intersetorial, na perspectiva de ações de atenção integral à saúde de escolares¹.

O PSE propõe fortalecer as ações desenvolvidas pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e ampliar a territorialização efetuada por estas unidades com visitas periódicas dos profissionais de saúde nas escolas públicas brasileiras^{2,3,4}. As práticas de educação em saúde trabalhadas nestes locais promovem a incorporação de comportamentos de autocuidado e o estímulo à procura dos serviços assistenciais de saúde⁵.

O PSE dispõe de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) responsável pelo monitoramento, avaliação e planejamento^{2,3}. Quanto à execução das atribuições do GTI municipal, o acompanhamento e avaliação são realizados por meio de planilhas para sistematização dos registros feitos pelos profissionais para contabilizar atividades e sujeitos beneficiados³.

Entretanto, os registros de intervenção e os dados gerados não são empregados de modo sistemático para controle e avaliação, e por vezes, não são definidos indicadores de eficiência, eficácia e efetividade, ou ainda, qualquer outro⁶.

Fatores como a descontinuidade das atividades⁷, ausência de planejamento intersetorial⁸, falta de reflexão crítica acerca das demandas e realidades da comunidade escolar⁹ e dificuldades nas delimitações do território entre as diferentes ESF que atuam em uma mesma escola¹⁰, comprometem a efetividade do Programa.

Para o desenvolvimento das ações do PSE, a articulação intersetorial depende da conformação de redes de corresponsabilidade, pautadas na avaliação permanente entre as escolas e a ESF² e sabe-se que sem monitoramento, o PSE tem baixo impacto no âmbito local^{3,6,7,8,9,11}. Na prática, poucas são as iniciativas para o monitoramento sistemático entre os provedores de serviços que trabalham de forma coordenada e cooperativa¹².

Diante destes problemas, foram desenvolvidas ações de implantação e avaliação do gerenciamento de informação em saúde do PSE no município de Caaporã, na Paraíba, com atividades de extensão em educação permanente e pesquisas epidemiológicas¹³.

A seguir é descrita uma ferramenta desenvolvida para apoiar o monitoramento das ações do PSE no município. A construção do e-SaBE (Gestão da Saúde Bucal na Escola) (*Figura 1*) constituiu-se em três etapas: diagnóstico para a situação de saúde do escolar conforme objetivos do PSE e diagnóstico estratégico (técni-



Figura 1. Tela inicial do e-SaBE.

co, gerencial e formativo), treinamento dos profissionais envolvidos para o desenvolvimento e implantação da estratégia definida coletivamente e avaliação, e redirecionamento das ações de saúde.

Inicialmente realizaram-se reuniões para a definição em consenso de indicadores de saúde e educação úteis ao monitoramento e que o PSE não dispunha. As fontes de dados para os indicadores deveriam utilizar necessariamente os dados oficiais do PSE. Após testes na modelagem do software, verificando os fluxos dos dados, clareza e objetividade dos indicadores, os primeiros relatórios puderam ser discutidos (Figura 2).

O e-SaBE emite relatórios que possibilitam a realização do planejamento estratégico para o acompanhamento da produção de saúde bucal dos atendimentos individuais e coletivos de cada Unidade Básica de Saúde (UBS), em diferentes escolas e também emitir relatórios sobre impactos na saúde bucal mediante uso/coleta de indicadores epidemiológicos como ceo e CPO-D.

É possível identificar a condição de cada aluno de modo individualizado quanto à situação de seu tratamento na UBS, se em andamento, concluído ou mesmo, se não iniciou. Desse modo, possibilita à gestão realizar avaliação de impacto do programa e planejar ações intersetoriais porque conta com

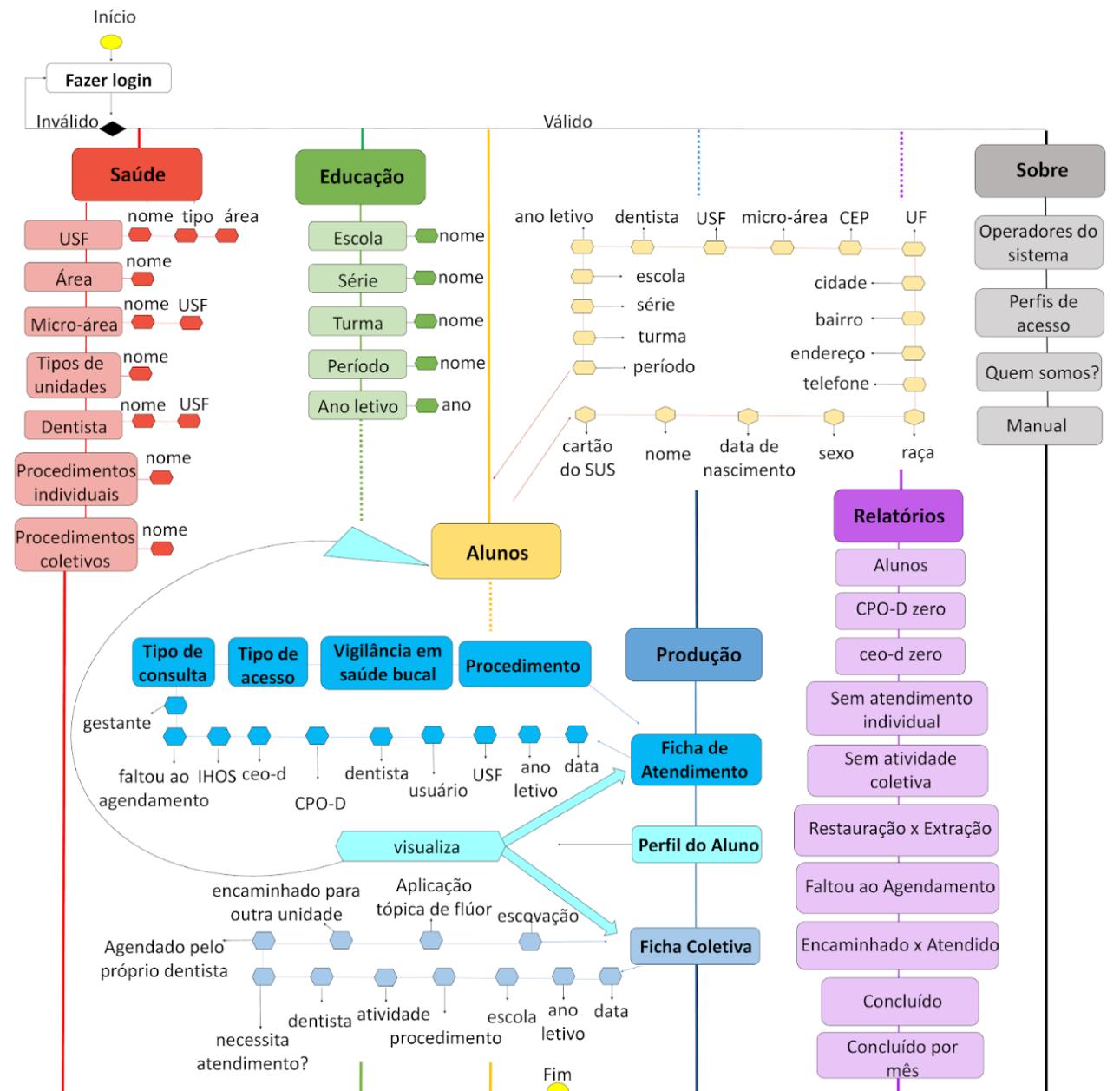


Figura 2: Diagrama do e-SaBE para interface de navegação das telas.

relatório de informações articuladas de diferentes territórios podendo mobilizar e responsabilizar coletiva e individualmente os profissionais da educação e da saúde, e os familiares. Isto porque cada aluno é identificado em sua microárea de acompanhamento do agente de saúde e pelas informações escolares.

O baixo desempenho pelo número reduzido de ações ao longo do ano letivo, falta de resultados das avaliações clínicas e perda no acompanhamento dos alunos⁷ são problemas com os quais o e-SaBE pode contribuir na resolução, pois possibilita aos gestores envolvidos o acesso e a geração de informações individualizadas, acompanhadas e controladas ao longo do tempo.

A dificuldade em trabalhar com softwares é a restrição técnica na instalação de programas¹⁴, no entanto o e-SaBE apresenta consonância com diferentes plataformas digitais por ter acesso diretamente pela internet. Para uso deste software, o município precisa arcar com a hospedagem do sistema na internet e os custos de suporte e manutenção técnica, orçados em dois salários mínimos ao ano, com boa relação custo-benefício. Com relação à viabilidade sobre a implantação do e-SaBE, o município precisa se adequar aos instrumentos de coleta propostos pelo software cuja remodelação ocorreu com base nas fichas do e-SUS. Seu funcionamento preza pela caracterização dos escolares, atividades já executadas pelos profissionais do modelo padrão do PSE, no entanto esse modelo é fragilizado pela falta de instrumento de gestão que incorporem perspectivas de integração, articulação e intersectorialidade para auxiliar na supervisão das atividades.

Os municípios estabelecem metas e atividades que devem ser empreendidas para obter a alocação de recursos financeiros, mas não conseguem elaborar estratégias para a organização do Programa devido à falta de ferramentas com perspectivas de integralidade, no entanto o e-SaBE possui uma funcionalidade intuitiva e dinâmica que poderia reduzir os gastos do município com relação à novos recursos humanos e financeiros, já que a alimentação desses dados e análise de relatórios continuam sendo realizados pelos mesmos técnicos que já fazem parte da própria gestão.

Nesse sentido, o e-SaBE oferece um sistema de auxílio na reorganização das especificações e requisitos do PSE, possuindo funcionalidade que interage com a variedade de interpretações das condições de saúde bucal dos alunos. Portanto, possibilita planejar ações intra e intersectoriais com menor perda de recursos e maiores ganhos de saúde e na assiduidade escolar.

Referências

- BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2007.
- BRASIL. Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 68, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota técnica nº 69/ 2017-CGAN/DAB/SAS/MS. Grupos de Trabalho Intersetoriais do Programa Saúde na Escola. Orientação para adesão e desenvolvimento das ações do PSE no município e no Distrito Federal. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.110, 2012.
- ARCIERI, R. M.; ROVIDA, T. A. S.; LIMA, D. P.; GARBIN, A. J. I.; GARBIN, C. A. S. Análise do conhecimento de professores de Educação Infantil sobre saúde bucal. Educar em Revista, Curitiba, n. 47, p. 301-314, jan./mar. 2013.
- KÖPTCKE, L. S.; CAIXETA, I. A.; ROCHA, F. G. O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, v.3, n.9, p.213-232, set. 2015.
- FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; CARVALHO, M. L.; MOYSÉS, S. T. Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. Revista Brasileira de Educação, v. 19 n. 56, 2014.
- CUNHA, P. F.; SOUZA, L. F. C.; KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Implantação e implementação das ações do PSE em Nova Friburgo? O desafio de tecer redes de solidariedade. Convibra: Gestão, educação e promoção da saúde, v. 1, p. 163, 2013.
- FERREIRA, I. R. C.; VOSGERAU, D. S. A. R.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. Ciência & Saúde Coletiva, Paraná, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, jul./out, 2012.
- GOMES LC. O desafio da intersectorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. 173f.
- SILVA, U. O. A.; NASCIMENTO, G. L.; SANTOS, I. K.; AZEVEDO, K. P. M.; SANTOS, C. F.; KNACKFUSS, M. I.; MEDEIROS, H. J. Health program in a Brazilian school. Salud Pública de México, v. 59, n. 1, 2017.
- HARTZ, Z. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the

implementation of a “system without walls”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

13. MARTINS, M. L.; CARTAXO, G. M. O.; PADILHA, W. W. N. Perfil Epidemiológico da Cárie Dentária, Condições Periodontais e Higiene Oral em escolares do município de Caaporã - PB, Brasil. Revista Bahiana de Odontologia, v. 7, p. 199-209, 2016.

14. CHRISTOPH, J.; KNELL, C.; NASCHBERGER, E.; STÜRZL, M.; MAIER, C.; PROKOSCH, H. U.; SEDLMAYR, M. Two Years of transSMART in a University Hospital for Translational Research and Education. Stud Health Technol Inform. v. 36, p.:70-79, 2017.

4.3 A política de saúde bucal no município de João Pessoa/PB: uma experiência de expansão, educação permanente em saúde e matriciamento de gestão

Ronald Pereira Cavalcanti
Edson Hilan Gomes de Lucena

No ano de 2005, teve início uma gestão municipal na cidade de João Pessoa/PB que viu no Sistema Único de Saúde (SUS) uma possibilidade de investimento para fazer inclusão social, reduzir desigualdades e atender aos direitos constitucionais de saúde. Nesse contexto, a saúde bucal, mesmo herdando da gestão anterior pendências junto ao ministério da saúde¹ referente ao credenciamento de 180 equipes na estratégia de saúde da família com saúde bucal, foi privilegiada com importantes suportes financeiros.

Todas essas equipes foram implantadas, o que colocou a capital paraibana em primeiro lugar em cobertura de saúde bucal na atenção básica entre as capitais do nordeste do Brasil (Tabela 1). Persistia, todavia, a necessidade de mudança do modelo assistencial em busca de uma maior resolubilidade.

Capital	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
João Pessoa	94	93	90	89	89	87	85	85
Teresina	55	59	65	71	73	75	74	73
Aracaju	37	37	40	39	40	39	38	39
Natal	30	39	37	36	37	40	41	34
Fortaleza	4	28	28	22	23	27	31	30
Recife	20	19	21	24	25	26	26	28
Maceió	11	11	13	12	12	12	12	14
São Luís	12	13	12	13	12	13	13	12
Salvador	10	11	10	7	8	12	12	9

Tabela 1. Percentual de cobertura populacional estimada de equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família (ESB/ESF), capitais do nordeste do Brasil, 2005 a 2012*. **Fonte:** Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)¹.

*Cobertura estimada para cada 3.500 habitantes.

Entretanto, essa alta cobertura não se convertia em acesso real, pois a maioria das Equipes de Saúde Bucal (ESB) não estavam funcionando de fato, e, segundo relatório de gestão à época, diversos problemas foram listados:

- ✓ 26 consultórios odontológicos estavam nos corredores da Secretaria de Saúde;
- ✓ 59 consultórios odontológicos encontravam-se nas Unidades de Saúde sem estar instalados;
- ✓ 05 consultórios odontológicos em estoque no almoxarifado;
- ✓ 19 ESB possuíam o atendimento clínico completamente paralisado devido à inadequação da estrutura física;
- ✓ 41 ESB sem atendimento clínico por falta de instrumental ou insumos;
- ✓ 46 ESB sem atendimento clínico por problemas técnicos nos equipamentos Odontológicos; e
- ✓ Cada distrito sanitário utilizava uma ficha odontológica diferente, sem haver padronização das informações, o que dificultava o monitoramento e planejamento da gestão.

Para colocar em prática o SUS definido na Constituição, a gestão do sistema local adotou o modelo “defesa da vida”²⁻⁴. Realizaram-se investimentos no valor de R\$ 2.347.454,54 (dois milhões, trezentos e quarenta e sete mil, quatrocentos e cinquenta e quatro reais e cinquenta e quatro centavos) na estruturação da rede de serviços de saúde bucal nos primeiros 4 anos (2005 a 2008) em reformas nas estruturas físicas de serviços, implantação e ampliação de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), compra de insumos e instrumentais, e contratação de equipe de manutenção de equipamentos.

Criou-se uma Coordenação de Desenvolvimento Institucional (CDI) ligada diretamente à secretária de saúde, que tinha a missão de conduzir a formação de coletivos de trabalhadores para desenvolver uma gestão descentralizada através dos distritos sanitários, na atenção básica, nos centros especializados e hospitais. Além disso, a CDI acompanhava as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e o matriciamento clínico, sob responsabilidades diretas respectivamente da gerência de educação em saúde e da diretoria de atenção à saúde.

Contrataram-se de 8 a 15 profissionais, denominados de apoiadores institucionais, para cada distrito sanitário com a finalidade de formar coletivos de cogestão nas 180 equipes de saúde da família com saúde bucal. Estes apoiadores tinham a responsabilidade de incentivar mudanças que superassem o modelo tradicional de coordenar, supervisionar e avaliar o trabalho, a partir de um novo modelo de trabalho analítico, operacional e interativo de trabalho, isto é, um trabalho em cogestão⁵.

Os apoiadores eram recém egressos de diversos cursos da área da saúde, com perfil de liderança, sendo a maioria dos primeiros contratados oriundos do movimento estudantil. Os coletivos de gestão de cada centro especializado e hospital eram formados por profissionais de gestão e clínicos existentes no próprio serviço com um perfil de experiência clínica. Semanalmente ocorriam reuniões de matriciamento nos distritos sanitários, centros especializados e nos hospitais, com o objetivo de discutir problemas significativos ocorridos durante a semana referente aos processos de trabalho dos serviços e ao cuidado.

As coordenações do nível central da secretaria (hospitalar, especializada, atenção básica, saúde da mulher, criança, idoso, bucal, mental, etc) compunham as equipes descentralizadas de gestão, mantendo-se uma aproximação entre os diferentes locais de gestão.

Nessa estratégia de formação e desenvolvimento do trabalho, a gestão municipal adotou a Educação Permanente em Saúde (EPS), entendendo-a como:

“uma definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam

realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A EPS, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde”⁶.

É uma formação em serviço que possui diferenças em relação à educação continuada⁷, conforme se observa no quadro 1.

Aspectos	Educação continuada	Educação permanente
Público-alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Quadro 1. Principais diferenças entre educação continuada e educação permanente segundo aspectos chave.

Fonte: Mância, Cabral e Koerich, 2004.

O método da EPS deu ferramentas aos apoiadores institucionais e os motivou a problematizarem e discutirem os processos de trabalhos das ESF/ESB, juntamente com os profissionais dessas equipes. A rotina de trabalho nos coletivos de cogestão, composto por profissionais de distintas graduações, os obrigava a constantes trocas de saberes para viabilizar a gestão do conjunto de cuidados ofertados por uma ESF. A busca por solução dos problemas debatidos nas reuniões matriciais também incentivava a integração entre os serviços de diferentes níveis do sistema de saúde, como a atenção básica, os CEO e os hospitais. Essa integração e as discussões eram promovidas pelas reuniões de apoio matricial.

“O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais”⁸.

As reuniões semanais de matriciamento pautavam-se invariavelmente por saberes de núcleo e de campo, discutindo-se problemas como baixo resultados em indicadores de saúde ou problemas significativos identificados ao longo da semana. O conceito de saber de núcleo e de campo é explicado a seguir:

“a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”⁹.

Outros destaques da política municipal de saúde na atenção básica foram a ampliação do acesso e o fim das filas nas madrugadas para pegar fichas de atendimento nas ESF/ESB. Isto foi consequência, em parte, da repactuação da oferta diária de atendimentos a partir da desconstrução das agendas de trabalho “engessadas”, sem coerência com um perfil sociodemográfico e de demanda de urgência da comunidade. Essa repactuação se deu mediante implantação do acolhimento na atenção básica, utilizando-se a escuta qualificada como método de agendamento em substituição à triagem, que é excludente e tem como objetivo principal preencher as vagas disponibilizadas pela equipe, desconsiderando-se as necessidades de saúde que chegam à unidade básica de saúde.

Na atenção secundária, o município não possuía nenhum serviço especializado, uma vez que o serviço que deveria exercer esta função (conhecido como 18 Andares), inaugurado pela gestão anterior, não funcionava como centro especializado, não possuía fluxo definido da atenção básica e apresentava estrutura física precária.

Os resultados dos investimentos nos CEO fizeram com que João Pessoa figurasse entre as maiores médias de procedimentos odontológicos especializados entre as capitais do Nordeste.

Capital	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
João Pessoa	0,15	0,18	0,2	0,21	0,18	0,18	0,15	0,16
Natal	0,15	0,14	0,13	0,13	0,09	0,06	0,09	0,06
Recife	0,1	0,1	0,1	0,09	0,1	0,11	0,08	0,1
Fortaleza	0,17	0,13	0,11	0,18	0,41	0,53	0,43	0,18
Aracaju	0,08	0,08	0,05	0,07	0,06	0,05	0,05	0,07
São Luís	0,04	0,05	0,05	0,06	0,06	0,05	0,03	0,1
Teresina	0,05	0,05	0,05	0,08	0,07	0,06	0,04	0,05
Salvador	0,05	0,06	0,07	0,06	0,06	0,09	0,09	0,12
Maceió	0,06	0,06	0,07	0,05	0,07	0,03	0,03	0,04

Tabela 2. Média de procedimentos odontológicos especializados por habitante entre capitais do Nordeste, 2005 a 2012.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (9).

No serviço hospitalar, a gestão reativou o serviço buco-maxilo-facial do Hospital Geral Santa Isabel em 2005, com um novo ambulatório, que passou a ser uma referência para as cirurgias de lesões não malignas da boca e da face, funcionando 24h com 09 Cirurgiões buco-maxilo-facial em plantões e como referência para os CEO em cirurgias orais que requeressem ambiente hospitalar.

Todos esses avanços ilustram algumas dimensões que representam a evolução da política municipal de saúde bucal focada na formação de coletivos atuantes, comprometidos com o cuidado integral, o direito à saúde e a defesa da vida.

Referências

- Brasil. Redes e Programas - Saúde mais perto de você - Atenção básica. [Internet]. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). 2018. Available from: <http://sage.saude.gov.br/#>
- Campos GW de S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec. Hucitec. 1991.
- Campos GW de S. A reforma da reforma: repensando a saúde. Hucitec. 1992.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EERO, editor. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71–112.
- Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Cienc Saude Colet. 2010 [citado 14 Set 2018]; 15(5):2337-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>.
- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ, [Internet]. 2005 [cited 2018 Jun 5];9(16):161–77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>
- Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2005;57(5):605–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500018>.
- Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007;23(2):399–407. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Campos GW de S. O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. Universidade de Campinas (UNICAMP); 2000.

4.4 Reorganização da rede de atenção à saúde bucal no município de Santa Maria/RS

Vinícius Marangon Santos

Cirurgião-dentista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMIS) - UFSM, Ênfase Vigilância, 1º ano;

Caroline Francieli Weber

Cirurgiã-dentista, Residente do PRMIS-UFSM, Ênfase Vigilância, 2º ano.

Patrícia Bastianello Campagnol

Cirurgiã-dentista, Mestranda de Ciências Odontológicas-UFSM - Ênfase em Saúde Coletiva, Coordenadora da Política Municipal de Saúde Bucal, Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS, Preceptora do PRMIS-UFSM;

Beatriz Unfer

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Luísa Helena do Nascimento Torres

Docentes do curso de Odontologia - UFSM e Tutores do PRMIS-UFSM.

No município de Santa Maria/RS, a Coordenação da Política de Saúde Bucal teve sua implementação prevista na Programação Anual de Saúde (PAS) do ano de 2016, com a definição de um profissional de referência. A partir desta ação, a Atenção à Saúde Bucal no município passou por um processo de reorganização. Para isso, a Política de Saúde Bucal contou com o apoio de outras Instituições, como a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMIS-UFSM), ambas com sede no município.

Para relatar esta reorganização da Atenção em Saúde Bucal, analisando aspectos importantes e os resultados obtidos a partir da implementação desta política, os autores estruturam este relato de experiência, construído a partir de suas atuações como Grupo Gestor da Coordenação da Política de Saúde Bucal do município de Santa Maria. Serão abordados neste capítulo: a atuação da Coordenação Municipal da Política de Saúde Bucal, no período de maio de 2016 a maio de 2018; o Plano Municipal de Saúde Bucal; o Projeto Sorria Santa Maria; a Rede de Atenção à Saúde Bucal no município; e a Integração Ensino-Serviço.

Contexto atual da Saúde Bucal em Santa Maria/RS

O público-alvo Rede de Atenção em Saúde Bucal no município de Santa Maria – RS é toda a população, de 278.445 pessoas (estimativa IBGE 2017). De acordo com o levantamento epidemiológico mais recente, realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em 2015, as crianças de 12 anos possuíam uma média de 1,15 dentes atacados pela cárie (GUEDES, 2016). Já para a população jovem e adulta, dados obtidos pelo SB Brasil 2010 relativos ao interior da região sul mostram que esta população tem, em média, 18,3 e 27,5 dentes atacados pela cárie, respectivamente. Esta tendência encontra similaridades na população de Santa Maria. Na maior parte dos casos, esta população busca atendimento nos pontos públicos de atenção à saúde.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é a porta preferencial de entrada na rede (MOYSÉS e GOES, 2012), e no município encontram-se 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em Tradicionais (UBST) e Estratégia de Saúde da Família (UBSF). Destas, 19 possuem atendimento odontológico. O município possui também uma Unidade Móvel de Saúde com equipamento odontológico, que realiza atendimentos nas localidades do interior.

Na Média Complexidade são três serviços: duas unidades de pronto atendimento e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que oferece serviços de periodontia, endodontia, cirurgia bucomaxilofacial e atendimento a pacientes com necessidades especiais. A Alta Complexidade conta com o Hospital Universitário de Santa Maria e o Hospital Casa de Saúde como referências no SUS.

Atuam no município 34 Cirurgiões-dentistas (CD), distribuídos em serviços odontológicos assistenciais e de gestão em saúde, e 14 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) em 34 equipamentos odontológicos.

Contudo, é necessário ampliar a acessibilidade ao serviço, implantando novas equipes de Saúde Bucal. A cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal no município em 2017 foi de 26,47%, muito abaixo da meta estadual, de 44,62% para o mesmo ano (Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde/Departamento de Atenção Básica).

No município, há ainda a fluoretação da água de abastecimento público, preconizada no Guia Regional de Saúde Bucal e com monitoramento realizado pelo Vigiágua.

Ações implantadas

1. PLANO DE SAÚDE BUCAL MUNICIPAL

O Plano Municipal de Saúde Bucal de Santa Maria foi elaborado para contribuir com a construção do Plano Municipal de Saúde de Santa Maria. Tem como base o Plano Regional de Saúde Bucal 2016-2019, da 4ª CRS, construído seguindo as diretrizes do Brasil Sorridente, como qualificação da atenção básica e a articulação de toda a rede. Foi o marco norteador da mudança no modelo de atenção em Saúde

Bucal no município, a partir do qual foram estabelecidas as diretrizes municipais, objetivos e metas para serem contemplados até 2019.

Alguns dos objetivos traçados foram: diminuição da proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos odontológicos; implantação do pré-natal odontológico na rede de Atenção Básica do município; instituição de fluxos de atendimento odontológico na média e alta complexidade; inserção da equipe de saúde bucal na Política Nacional de Controle do Tabagismo; oferta de tratamento endodôntico no CEO; entre outros.

2. ENCONTRO REGIONAL

Com a finalidade de fortalecer a atuação dos profissionais, promover a integração das equipes, oportunizar a gestão participativa do sistema e trabalhar uma abordagem integrativa e humanizada da Saúde Bucal no município e região, foram promovidos nos anos de 2016 e 2017 encontros dos profissionais da área, envolvendo Cirurgiões-Dentistas, Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal. Acadêmicos de Odontologia e demais profissionais da saúde também participaram dos eventos.

Durante os Encontros, foram realizados relatos de experiências, mesas redondas e palestras voltadas à consolidação da Saúde Bucal pública na região. Como resultado, percebe-se um avanço na padronização das ações de saúde bucal na região, uma melhoria nos fluxos de encaminhamentos de pacientes dos municípios para os serviços de outros níveis de complexidade referência na região, e a contrarreferência destes serviços para a Atenção Básica no município de origem.

Além desses encontros anuais, os dentistas de Santa Maria se reúnem mensalmente para discutir, juntamente à gestão, a situação de Saúde Bucal no município. Nestes encontros mensais, ocorrem também atividades de Educação Permanente Multiprofissional, com o apoio de professores das Universidades presentes no município.

3. PROJETO SORRIA SANTA MARIA

Criado para contemplar objetivos traçados no Plano Municipal de Saúde Bucal, o Sorria Santa Maria é um Projeto Interdisciplinar e Multiprofissional, criado pela Coordenação da Política de Saúde Bucal. Realizado quinzenalmente a partir de abril de 2017, aos sábados, nas dependências do CEO municipal, o projeto teve continuidade no ano de 2018. Nele, participam servidores do quadro do município, acadêmicos da UFSM e da UFN (Universidade Franciscana) e residentes da UFSM.

O objetivo principal do Sorria Santa Maria é contemplar trabalhadores (as) e gestantes impossibilitados de procurar atendimento na Atenção Primária em horário regular. Além do atendimento odontológico, ocorre a integração com outras áreas da saúde, desenvolvendo atividades como rodas de conversa variadas em cada edição, na sala de espera, e o grupo antitabagismo, que se reuniu em todas as edições.

4. RESULTADOS DAS AÇÕES DA GESTÃO

As iniciativas realizadas a partir da implementação do Plano Municipal visavam superar o modelo vigente, que vinha reproduzindo a prática privada na esfera pública, em detrimento dos princípios do planejamento e organização dos serviços públicos de saúde.

Com as novas diretrizes focadas em otimizar o tempo de atendimentos, a retomada da especialidade de endodontia no CEO e o apoio à Atenção Primária, a proporção de exodontias em relação a outros procedi-

mentos foi reduzida de 7,5 em 2016 para 6,27 em 2017. Também houve melhoria no indicador de média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e na razão entre os tratamentos concluídos e as primeiras consultas, que de 2015 para 2017 subiu de 0,25 para 0,52. (Sistema de Informação em Saúde: Consulfarma)

Além disso, o Sorria Santa Maria colaborou com a redução da espera por atendimento, e permitiu que gestantes sem referência de saúde bucal nas suas UBS pudessem realizar o pré-natal odontológico, recebendo avaliações completas de sua saúde bucal e geral. As atividades realizadas nos Encontros anuais e mensais de saúde bucal promoveram a educação permanente dos trabalhadores do município e da região.

Há ainda muito a ser feito, como aumentar o acesso aos serviços para toda a população, visando o apoio à construção contínua de um SUS eficaz e eficiente.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.
- BRASIL. Decreto n. 7508, de 2 de junho de 2011. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7508-28-junho-2011-610868-publicacaooriginal-132963-pe.html>. Acesso em 4 set 2018.
- Brasil. Lei Complementar 141 de 13 de jan de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em 4 set 2018.
- Brasil. Ministério da saúde. PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em 4 set 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.16p.
- CONSULFARMA. Relatórios de procedimentos odontológicos. Santa Maria, RS. Consulfarma 2018.
- Guedes RS, Piovesan C, Ardenghi TM, Emmanuelli B, Braga MM, Mendes FM Presence of Initial Caries Lesions as a Risk Factor for Caries in Preschool Children: Caries Research 13 Dec 2017, 52(1-2):32-41
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Regional de Saúde Bucal 2016-2019. 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Santa Maria, 2016
- Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) /Departamento de Atenção Básica (DAB)). 2018. Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br>

4.5 Saúde População Negra, da pessoa com doença falciforme e saúde bucal: uma experiência inovadora na área técnica de saúde bucal no estado do Rio de Janeiro

*Márcia Pereira Alves dos Santos
César Luiz Silva Júnior
Cristina Tavares dos Santos
Renata Costa Jorge
Regina Aparecida Varoto
Mara Cristina Demier Freire Ribeiro*

“Somos herdeiros de uma luta histórica iniciada por muitos antes de nós.”

Luiza Bairros

Introdução

Política de saúde é a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos, das populações e seus determinantes, bem como à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (Paim & Teixeira, 2006). Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal prevê linhas do cuidado, centrada na pessoa, com acesso universal e atenção integral. Desta forma, a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde promoveu o redirecionamento no processo de trabalho (Pucca Jr., 2006) o que se dá até os dias atuais. Por isto, cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem uma só realidade, sobre a qual o exercício do planejamento para implementar políticas de saúde, a medida em que se constitui como um meio para desenhar, organizar e acompanhar a execução de proposições destinadas a operacionalizar decisões institucionais, pode trazer experiências exemplares quanto à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (Vilasbôas & Paim, 2008), não obstante as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização (Luiz & Kayano, 2010).

A população brasileira é majoritariamente negra, representa 52% do total estimado de 190.755. 799 habitantes, o que equivale a 96.795.294 habitantes (IBGE, 2016). No entanto, para esta mesma população estão associados os piores indicadores de saúde e de acesso aos serviços de saúde (PNS, 2015). Ademais, a discriminação racial no serviço de saúde foi sofrida por 71% de usuários pretos ou pardos (PNS, 2015). No Brasil, iniquidades raciais em saúde bucal também foram demonstradas por Guiotoko et al., (2012) e Souza et al., (2012), evidenciando pardos e pretos como mais vulneráveis. Na doença falciforme, as disparidades sociais e o racismo produzem impactos negativos significativos no processo saúde/adoecimento/morte (Mota et al., 2017).

A doença falciforme é um problema de saúde pública, caracterizado por um conjunto de hemoglobinopatias de natureza genética, e acomete majoritariamente a população negra. O diagnóstico precoce é realizado pelo teste do pezinho componente da triagem neonatal, ou tardiamente por pesquisa de hemoglobinopatia (BRASIL, 2015). Manifesta-se clinicamente com crises algicas e anemia hemolítica comprometendo vários órgãos, sistemas e tecidos (Yawn et al., 2014), inclusive a cavidade bucal (Mulimani et al., 2016). A

condição de saúde bucal pode agravar crises e internações na doença falciforme. Pessoas com o Traço Falciforme não tem a DF, e demandam somente de orientação em decorrência da sua condição.

O racismo é um determinante em saúde, limitador de acesso e que aliado às disparidades sociais são potentes produtores de iniquidades (Batista, 2017). Para enfrentar o racismo é necessário criar espaços de discussão e execução de políticas específicas (Werneck, 2016). Assumindo tais prerrogativas, a área técnica de Saúde Bucal (ATSB) em parceria com a área responsável pela doença falciforme, ambas atuantes na Superintendência de Atenção Básica (SAB), da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES RJ) se articulam. A ATSB elege a Doença falciforme como um dos eixos prioritários no planejamento estratégico para a saúde bucal. Desta forma, enfrenta as causas da contradição entre a necessidade sentida da população por tratamento dentário (Manfredini, 2008) e se mobiliza para uma nova forma governança na gestão, tendo como instrumento de gestão, o planejamento estratégico em saúde.

Relato da experiência

Tendo como objetivo a obtenção da matriz de planejamento (MP) considerando a transversalidade três políticas públicas: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra inserida nas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde; Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) integrante das políticas gerais de organização da atenção à saúde, e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (DF) e outras Hemoglobinopatias, integrante das Políticas de Atenção a Agravos Específicos (Portaria de Consolidação N.2, de 28/09/2017), pesquisas em bases secundárias, em documentos normativos, legislações vigentes, opiniões de especialistas, de técnicos e de pessoas com DF, tendo como referencial saúde da população negra, doença falciforme, saúde bucal, o racismo, o racismo institucional, foram realizadas e seus resultados problematizados nas reuniões com os grupos de trabalho (GT). Indicadores de saúde da população negra (IBGE, 2016), da pesquisa nacional de saúde (PNS, 2013) e do levantamento em saúde bucal (Brasil Sorridente, 2012) foram consultados. Não foram encontradas informações sobre saúde bucal na DF nos sistemas de informação e acessíveis, o que foi identificado como uma fragilidade. Todos os achados foram pautados em reuniões com controle social, com especialistas, gestores e os setores técnicos. A ausência de informação em saúde, bem como nos seus instrumentos de avaliação e monitoramento em saúde bucal na DF e a possibilidade de mudança deste cenário por meio da Educação Permanente constaram nas discussões.

Para a elaboração da MP, utilizou-se a ferramenta 5W2H assumindo como imagem-objetivo a garantia da atenção odontológica às pessoas com DF, em função de suas especificidades, considerando os princípios do SUS, a intersecção entre suas Políticas Públicas citadas, a fragilidade dos indicadores e as demandas do controle social. Para tal, foram adotados como pressupostos: A) Atenção Básica como ordenadora do cuidado; B) Ciclos de vida; C) Rede de referência para atenção especializada em Hematologia e os ambulatórios de doença falciforme; e D) Processo de trabalho e Educação permanente, transversal às estratégias., A MP foi obtida organizada nos eixos estruturantes: I) Rede de atenção à saúde bucal para pessoas com DF e processo de trabalho II) Vigilância Epidemiológica Social em saúde bucal na DF; III) Sistemas de informação para saúde bucal na DF; IV) Educação Permanente como ferramenta de qualificação e; V) Avaliação. Isto viabilizou ações com os coordenadores municipais de saúde bucal, webconferência, capacitações para cirurgiões-dentistas atuantes na rede de atenção à saúde, proposta de reorganização da rede de atenção à saúde das pessoas com doença Falciforme.

Considerações finais

O planejamento contribuiu como ferramenta de gestão e deixa como lição aprendida a potência da construção e da responsabilização coletiva, pilar estruturante do SUS. Recomenda-se que esta vivência possa ser multiplicada para minorar as desigualdades.

Referências

- Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte Rev Saúde Pública 2006;40(N Esp):73-8.
- Pucca Jr, GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2006 Mar [citado 2018 jun. 08]; 11(1): 243-246.
- Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008 Jun;24(6):1239-1250.
- Luiz OC, Kayano J. Saúde e direitos: princípios para ação. Desigualdades e Iniquidades em Saúde, 2010;12(2):115-121.
- Paim JS, Da Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Desigualdades e Iniquidades em Saúde, 2010; 12(2):109-114.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. Cor | Anuário Estatístico do Brasil, v. 76, p. 84, 2016.
- Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.
- Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França, BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. Rev. Panam Salud Publica. 2012, Vol.31, N. 2, P:135–41.
- Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Aug [cited 2018 June 11]; 17(8): 2063-2070.
- Mota CS, Atkin K, Trad L, Dias ALA. Social disparities producing health iniquities. Health Sociology Review, 2017: 01-13.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 82 p. il.
- Yawn BP et al. Management of Sickle Cell Disease. Summary of the 2014 Evidence-Based Report by Expert Panel Members. JAMA. 2014, 312(10):1033-1048.
- Mulimani P, Ballas SK, Abas AB, Karanth, L. Treatment of dental complications in sickle cell disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD011633. DOI: 10.1002/14651858.CD011633.
- Batista, L.E. GT Racismo e Saúde. Porque a ABRASCO criou um GT racismo e saúde? Ensaios e Diálogos. 2017, p. 50-51.
- Werneck, J. Racismo institucional e saúde da população negra. 2016. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549.
- Manfredini MA. In: Saúde bucal coletiva: Implementando ideias, concebendo integralidade. Lopes MGM. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. 208 pp. ISBN: 978-85-7771-015-7.

4.6 Gestão do conhecimento para qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Estado do Paraná: relato de experiência

*Mitsue Fujimaki
Josely Emiko Umeda
Tânia Harumi Uchida
Moacir Paludetto Junior
Raquel Sano Suga Terada
Leo Kriger
Clodoaldo Penha Antoniassi
Gilberto Alfredo Pucca Junior*

O Brasil passa por transformações significativas, no que se refere ao combate à corrupção, utilização de tecnologias da informação e da comunicação, criação de políticas públicas participativas visando a qualidade de vida da população, dando maior transparência na utilização de recursos, com conquistas expressivas para a nação. Neste sentido, a máquina pública no Brasil é robusta e ainda distante de um sistema de governança com funcionamento eficiente. Atualmente, a gestão do conhecimento tem sido valorizada para que as instituições possam gerir o conhecimento acumulado, compartilhar com a equipe e manter processos organizacionais que assegurem a qualidade e melhoria das ações.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como “Brasil Sorridente”, lançada em 2004, somada ao entendimento da necessidade do fortalecimento da atenção primária e implantação das redes de atenção, foram norteadoras para construir um processo de qualificação de recursos humanos do SUS¹. Em 2010, a Universidade Estadual de Maringá, com a parceria do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, iniciou uma capacitação para os gestores e profissionais da saúde, por meio do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal, com o objetivo de fortalecer a implementação da rede de atenção à saúde bucal, integrada às outras redes de atenção no Estado. Em 2018, esta experiência foi selecionada pelo Laboratório de Inovações em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente, uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a Organização Panamericana de Saúde.

Desta maneira, este capítulo se propõe a apresentar reflexões para auxiliar na gestão do conhecimento com foco na construção coletiva para o diagnóstico e planejamento estratégico situacional, visando avançar na elaboração de políticas locais para a melhoria da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em saúde bucal.

O Estado do Paraná possui 399 municípios, divididos em 22 Regionais de Saúde (RS) e se constituem instâncias administrativas intermediárias da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR), das quais 348 possuem ao menos uma Equipe de Saúde Bucal implantada na Estratégia Saúde da Família, 52 Centros de Especialidades Odontológicas em 41 municípios e 102 municípios ofertando prótese dentária no SUS com incentivos federais². O processo de qualificação da gestão em saúde bucal ocorreu em 4 ciclos de formação, baseado em temas contidos em um Instrumento de Diagnóstico da Gestão Local em Saúde Bucal (IDSB), liderado pelas RS do Paraná, atendendo aos seguintes públicos:

1º Ciclo: coordenadores regionais de saúde bucal do Paraná - 2012
2º Ciclo: coordenadores municipais e equipes - 2013-2014

3º Ciclo: equipes de saúde bucal (CD, TSB e ASB) - 2015-2016
4º Ciclo: equipes multiprofissionais de saúde - 2017-2018

A partir do 2o. Ciclo, os profissionais construíram um documento contendo o diagnóstico da gestão em saúde bucal a partir do IDSB e o planejamento das intervenções a serem implementadas a partir do estudo e reflexão sobre o contexto local. Esta iniciativa baseou-se nas seguintes ideias-forças descritas abaixo:

1. Visão sistêmica

Pensamento sistêmico é a ampliação da visão da realidade, incluindo inúmeras situações envolvidas, a fim de buscar soluções viáveis aos problemas existentes a longo prazo, sendo necessário domínio pessoal (expansão das habilidades pessoais), ampliação dos modelos mentais (reflexão e pensamento crítico), visão compartilhada (compartilhar para conquistar engajamento do grupo); aprendizado em equipe (buscar sinergia da equipe a partir das potencialidades individuais)³. Um dos problemas encontrados na gestão pública é a complexidade da realidade⁴. A partir da visão sistêmica, percebe-se o comportamento dos problemas e as relações entre as pessoas e os recursos, que auxiliam na tomada de decisões e contribui para o planejamento. Um dos problemas na execução das políticas públicas é a dificuldade de concordância entre as partes interessadas em relação ao mérito das propostas. A visão sistêmica possibilita uma melhor compreensão das prioridades e a valorização dos consensos⁵. Este processo pressupõe a construção coletiva, que está na contramão das relações de poder não equilibradas, presentes na governança de sociedades pouco desenvolvidas. A partir do progresso intelectual, econômico, cultural e social dos povos, essa relação tem se tornado democratizadora e o debate priorizado, dando ênfase ao diálogo, o pensar e o fazer coletivos. O material de estudo norteador do curso foi o IDSB, que apresenta aspectos do âmbito estrutural, do cuidado e de recursos humanos, tem contribuído para a ampliação da visão da gestão na Odontologia, indo além das questões clínicas.

2. Planejamento em equipe e priorização das ações de prevenção e promoção da saúde

Os dados epidemiológicos da PNSB da Região Sul mostraram um índice CPO-D médio de 2,5 aos 5 anos; 2,1 aos 12 anos; 4,0 na faixa etária de 15 a 19 anos de idade; 17,6 de 35 a 44 anos; 27,1 de 65 a 74 anos de idade, demonstrando alta experiência de cárie nesta região⁶. Além disso, o Estado do Paraná apresentou o número de exodontias de dentes permanentes de 365.284 em 2017 (e-gestor). Considerando os investimentos em ações de prevenção e promoção da saúde em comparação ao tratamento especializado, que tem alto custo, é clara a dificuldade na priorização da prevenção. Assim, as abordagens preventivas deveriam ser priorizadas, já que apresentam melhor relação custo-efetividade⁷.

Atualmente vivemos uma fase de transição do paradigma de atenção às condições agudas, limitado à preocupação com os cuidados clínicos da demanda espontânea, para o paradigma do conhecimento da população e vulnerabilidades, da identificação e estratificação dos riscos, planejamento interprofissional, desenvolvimento do autocuidado apoiado para as mudanças de hábitos. Assim, considerando a necessidade de mudança da visão da gestão e do cuidado, o curso oportunizou o planejamento das ações a partir do IDSB, incluindo o estudo, reflexão, discussão em equipe na elaboração das propostas de intervenção e relato da mudança de práticas, realizadas durante todo o curso.

3. Ações sustentáveis

O volume de conhecimento gerado a cada dia é grande e existe um descompasso entre os conhecimentos científicos produzidos e a prática da nossa profissão. Entretanto, o compartilhamento e a troca entre os

profissionais poderiam ser oportunizados, considerando as habilidades e competências individuais adquiridas ao longo da vida profissional, podendo ao longo do tempo gerar o efeito sinérgico para a qualificação do cuidado em saúde. Busca-se novas formas de lidar com as relações de trabalho, diminuindo a competitividade e melhorando a comunicação. Neste aspecto, qualquer trabalhador teria o potencial de exercer um papel de liderança em funções diversificadas, promovendo a articulação e o diálogo com a gestão, respeitando a hierarquia organizacional. O processo de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal no Paraná tem oportunizado que profissionais, por adesão voluntária, exerçam este papel de liderança, independentemente de sua função (podendo ser técnico, auxiliar ou gestor) para desencadear um processo de construção coletiva, trabalho colaborativo e reflexão em novos ciclos do curso. Além disso, o planejamento realizado durante o curso tem sido registrado e ao final, o trabalho de conclusão de curso é requisito para a conclusão. Este documento tem sido compartilhado com os Conselhos Locais/Municipais de Saúde e com as Secretarias Municipais de Saúde, com o intuito de institucionalizar as propostas descritas pelos participantes, disseminar aos profissionais e auxiliar futuras gestões na continuidade e na implementação do trabalho criteriosamente realizado.

Considerações finais

O diagnóstico crítico e reflexivo, utilizando evidências locais e o planejamento das ações em equipe são passos fundamentais para a organização da atenção à saúde bucal. O Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal vem promovendo o desenvolvimento da visão sistêmica e o empoderamento profissional, que têm contribuído para o despertar da consciência cidadã e ampliação do cuidado em âmbito socioafetivo, promovendo efeitos sobre os usuários. Além disso, a gestão do conhecimento tem ocorrido por meio da institucionalização das propostas para subsidiar uma gestão ascendente e progressiva e sustentável, visando a manutenção da saúde bucal. A adoção e difusão desta estratégia envolvendo a articulação dos conselhos de saúde e esferas de gestão federal, estadual, regional, municipal e local, tem oportunizado avanços significativos para a qualificação da rede de atenção à saúde bucal no Paraná.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica. Brasília; 2006. [Acessado em 28 maio 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf
2. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 - [citado em 2018 maio 28]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>
3. Senge MP. A Quinta Disciplina: Arte e prática da organização que aprende. 26ª Edição. Rio de Janeiro; 2010.
4. Sterman JD. Business Dynamics: System Thinking and Modeling for a Complex World. 1ª Edição. Boston: Irwin/ mcGraw- Hill; 2000.
5. Forrester JW. System Dynamics: the next fifty years. Sys Dyna Rev. 2007; 23(2-3): 359-370.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2012. 116p.
7. Atkins CY, Thomas TK, Lenaker D, Day GM, Hennessy TW, Meltzer MI. Cost-effectiveness of preventing dental caries and full mouth dental reconstructions among Alaska Native children in the Yukon-Kuskokwim delta region of Alaska. J Public Health Dent. 2016; 76(3): 228-240.

5 Relação Ensino-Serviço

5.1 Relação Ensino-Serviço: uma janela de oportunidades de formação no Sistema Único de Saúde

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”

Paulo Freire

por

Mariana Lopes Galante

Fabio Carneiro Martins

Pós-graduando (a) do Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pesquisador (a) do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Ronald Pereira Cavalcanti

Professor Mestre no Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco e membro do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Mariana Gabriel

Pós-doutoranda do Departamento de Odontologia Social - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e professora do curso de Odontologia da Universidade de Mogi das Cruzes.

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Professora Doutora no Departamento de Odontologia Social, Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção da Saúde - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e membro fundador do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

A importância de inserir o aluno de graduação em odontologia no cotidiano do serviço público é parte essencial na sua formação pessoal e profissional. Estratégias que visam a integração entre o ensino e o serviço são alicerces para a formação de um profissional comprometido com transformações e melhorias de vida de grupos populacionais em um país com uma das maiores desigualdades socioeconômicas do mundo. Não raro, a participação em aulas práticas torna-se a primeira experiência de vida em que o estudante passa a ter um contato com populações mais vulneráveis, desprovidas de saneamento básico, moradia segura, direitos humanos, saúde, educação e segurança. Lidar com a população que utiliza o serviço público no Brasil e que não tem plano de saúde, significa atender a um perfil profissional para 75% ou 156 milhões dos brasileiros (ANS, 2018).

A formação durante a graduação é a base para a consolidação de um profissional com perfil desejável para atuar no SUS. Nessa perspectiva, os ministérios da Educação e da Saúde vêm se articulando para implementar transformações dos processos formativos, no sentido de melhorar as práticas profissionais e consequentemente a saúde dos brasileiros. A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da Saúde é resultado de uma construção coletiva que buscou integrar a educação com a saúde. (BRASIL, 2006).

No curso de graduação em odontologia, busca-se um profissional com perfil generalista, com formação crítica, humanista e reflexiva, para atuar em diferentes níveis do sistema de saúde com competências e habilidades para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2002).

Entretanto, ainda prevalece uma formação odontológica tradicional direcionada a aprendizados de concepções e tecnologias para a realidade social e epidemiológica de uma pequena parte da população brasi-

leira, que pode pagar por serviços odontológicos, com práticas que ocorrem comumente em um consultório, isolado de outros profissionais da área de saúde e com foco na reparação de doenças bucais.

Indicativos de maior prevalência de cárie, dor, perda dentária e doenças dos tecidos moles da cavidade oral em populações de baixa renda e expostas a diversos tipos de riscos ambientais, sociais e epidemiológicos no Brasil reforça a necessidade de formação de um dentista capaz de aprender um conjunto de conhecimentos e tecnologias específicas a essas realidades. Deve-se compreender as vulnerabilidades e potencialidades desses indivíduos, famílias e comunidades, na maioria das vezes bem diferente da história de vida do dentista. Por isso, são necessários utilizar diferentes áreas de conhecimento como a da educação, sociais, culturais, parceria com diversos profissionais e serviços dessas localidades para desenvolver práticas contextualizadas e efetivas.

A criação da política nacional de saúde bucal Brasil Sorridente (BRASIL, 2004), ampliou o acesso dessa população de baixa renda aos serviços odontológicos e se tornou um empregador de dezena de milhares de profissionais da odontologia, o que requer profissionais que atuem de acordo com os princípios do SUS e uma formação acadêmica diferenciada do modelo tradicional.

Entretanto, com o Brasil Sorridente, apesar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ter sido expandida a uma cobertura de 38% (79 milhões) da população do país (BRASIL, 2018), ainda existe grande demanda de expansão desses serviços. Outro desafio do SUS é incorporar profissionais com o perfil para a rede pública, sendo essa uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, o fortalecimento de uma integração entre serviços do SUS e o ensino odontológico capaz de desenvolver competências e habilidades do aluno para atuar diante de um quadro social e epidemiológico adverso e nas causas das doenças, por meio de ações coletivas e de políticas públicas. A expansão de serviços públicos e a integração ensino-serviço são fundamentais para aumentar a efetividade dos serviços.

Uma dessas estratégias foi o desenvolvido do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que busca incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população, com vistas a mobilizar uma mudança de postura nos atores do quadrilátero da formação em saúde: ensino, gestão, serviço e comunidade (BURG CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Em seguida, observou-se a necessidade da inserção do aluno no serviço de saúde e de formas de financiamento que contribuíssem para a efetivação da interação ensino-serviço, assim surge, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2010), criado por iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, a partir da Portaria Interministerial nº 1.802, cujo objetivo é criar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), permitindo desta maneira a qualificação do serviço dos profissionais da saúde, bem como a iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos universitários, oferecendo o aperfeiçoamento nos serviços das profissões por meio de estágios e vivências proporcionados pelas instituições de ensino superior em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde.

Assim, pode-se concluir que ambos os objetivos das estratégias do PET-Saúde e do Pró-Saúde buscam estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional baseada no espírito crítico, na cidadania e função social da educação superior, com orientação do princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação.

O protagonismo das universidades nestes programas foi fundamental para o desenvolvimento de novas estratégias e aprimoramento das existentes ao longo dos últimos anos, ampliando e aprimorando a relação ensino-serviço buscando se articular com os princípios do SUS e as necessidades do serviço. Entretanto, a

relação ensino-serviço pode enfrentar algumas dificuldades para sua implementação e conseqüentemente o sucesso desta parceria. A participação ativa da gestão dos serviços de saúde contribui para o bom funcionamento do serviço e da relação dos profissionais com os alunos durante as atividades de ensino-serviço. Entretanto, algumas barreiras podem ser enfrentadas pelos envolvidos como a falta de compreensão da metodologia de ensino proposta pela entidade da educação, dificuldades de comunicação entre profissionais serviço e academia, burocracia e outros relacionados a deficiências na infraestrutura dos serviços.

Por outro lado, existem potenciais ganhos tanto para o serviço como para a academia como a definição de um conjunto de normas norteadoras de estratégias político-pedagógicas que visam à formação/qualificação de recursos humanos mais próximos das necessidades da população, estimula a problematização, a busca e a criação de soluções adequadas ao contexto do serviço e dos indivíduos envolvidos.

A articulação da rede de ensino, a rede de serviços e a comunidade tem grande potencial desde que a realidade seja ponto de partida de uma problematização crítica das relações sociais e transformação dos envolvidos no sentido da valorização da vida e da transformação social.

Para finalizar, destaca-se a estratégia do estágio curricular como o “instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social e econômica de sua região e do trabalho em sua área [...] o atendimento integral ao paciente que o aluno de Odontologia presta à comunidade, intra e extramuros” (ABENO, 2002). Entretanto para aproximar-se dos serviços de saúde, as universidades devem considerar e propor atividades que sejam possíveis de serem realizadas e contribuam para o serviço, não usando apenas o espaço público como um local onde os alunos apenas sejam espectadores, sem participação ativa no processo ensino-serviço.

É importante destacar que o estágio deve buscar ampliar o escopo de vivência dos estudantes, apresentando além das competências inerentes ao dentista, todo o processo de trabalho da equipe de saúde, ou seja, sua organização, o planejamento e gestão dos serviços, interação por meio de atividades práticas multiprofissionais. Os períodos de estágio contribuem para o aprendizado clínico, a autonomia e a compreensão do aluno nas formas de organização e gestão do trabalho na área da saúde (Sanseverino et al., 2017).

A seguir poderemos conhecer as experiências realizadas em diversos locais do Brasil por inúmeros trabalhadores do SUS e professores engajados em estimular a formação dos novos profissionais da área da saúde. Esperamos que estes relatos possam contribuir para novas ideias e criação de projetos pedagógicos inovadores.

Referências

- ABENO. Diretrizes da ABENO para a definição do estágio supervisionado nos cursos de Odontologia. ABENO, v.2, n.1, p.39, 2002.
- ANS. Sala de Situação - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em: 12/09/2018.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES No 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Portaria interministerial no 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial União. [s.l: s.n.].
- Brazil. Redes e Programas - Saúde mais perto de você - Atenção básica. 2018. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 12/09/2018
- BURG CECCIM, R.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle

Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v. 14, n. 141, p. 41-6541, 2004.

SANSEVERINO, L. M.; FONSECA, G. S.; SILVA, T.; JUNQUEIRA, Simone Rennó; ZILBOVICIUS, C. Integração ensino-serviço na formação em Odontologia: percepções de servidores do Sistema Único de Saúde acerca da prática pedagógica no território. REVISTA DA ABENO, v. 17, p. 89-99, 2017

5.2 Promoção da Saúde do Adulto: experiência de integração ensino-serviço na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Flavia Rabello

Rosa Núbria Vieira de Moura

Mara Vasconcelos

Vivianne Carvalho da Cunha Trajano

Carlos José de Paula

Janice Simpson de Paula

Livia Guimarães Zina

Em 2004, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente. As diretrizes estabelecidas por esta política ampliaram a oferta de ações e serviços de saúde bucal para todas as faixas etárias, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização, equidade e integralidade da atenção à saúde e reorientaram a formação do cirurgião-dentista brasileiro¹.

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais e os princípios formativos do SUS focam na adoção de metodologias participativas e problematizadoras, com o objetivo de gerar práticas inovadoras e pró-ativas. Além da formação profissional, procura gerar mudanças comportamentais coerentes com os novos processos interdisciplinares de atendimento às necessidades dos indivíduos².

A formação do profissional de saúde, portanto, transcende a aprendizagem pautada no domínio técnico-científico da profissão. A interação aos contextos sociais propicia uma prática em experimentação, com reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a relação com o outro, seja com a equipe de profissionais, seja com os usuários³. Pautado nessas discussões e no conceito do Quadrilátero da Formação (Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social), a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG) passou em 2011 por um grande processo de reformulação curricular, com foco na maior integração ensino/serviço/comunidade. Desde então, os conteúdos do currículo, que são dimensionados por ciclos de vida, foram alocados em módulos, um deles intitula-se “Ações de Promoção da Saúde na Comunidade”. A disciplina “Estágio em Ações Coletivas II” compõe esse módulo e trabalha a compreensão, a análise e a proposta de intervenção, com base na determinação social da condição de saúde bucal do adulto, em ações de promoção da saúde.

O foco no público adulto se justifica por este constituir de 50% do total do percurso de vida do indivíduo e representar uma parcela significativa da população brasileira. Historicamente, as ações e os serviços de

saúde têm priorizado grupos mais vulneráveis, ocasionando uma lacuna em relação à assistência ao adulto, que é o período de vida mais produtivo do indivíduo. A saúde do adulto demanda uma abordagem que vai além da idade cronológica e inclui diversos contextos socioculturais e político-econômicos. A menor atenção à saúde bucal nesta parte da população gerou uma demanda reprimida, basicamente restringiu-se às exodontias e aos atendimentos de urgência, geralmente mutiladores, e a consequência é observada na necessidade de reabilitação bucal aumentada com a idade⁴.

As atividades desta disciplina, ofertada no oitavo período do curso com carga horária de 30 horas, são desenvolvidas em programas e projetos de promoção da saúde, juntamente com as equipes de saúde da Atenção Primária, em Centros de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Academias da Cidade, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O objetivo é proporcionar ao estudante de graduação em Odontologia a oportunidade de compreender, analisar e propor ações de cuidado e promoção da saúde, voltadas para o adulto e oferecidas no Sistema Único de Saúde. Especificamente, visa ofertar aos estudantes a oportunidade de compreender as políticas de atenção à saúde (saúde do trabalhador, saúde da mulher, gestante, saúde do homem) e à saúde bucal do adulto, atuando junto à atenção primária e estimulando o processo permanente de formação com aplicação prática do conhecimento.

A articulação entre o ensino e os serviços de saúde no processo de formação profissional é uma estratégia importante para a formação de profissionais críticos, preparados para uma atuação com a visão ampliada da saúde e comprometidos com a transformação da realidade, ao encontro dos princípios preconizados pelo SUS. A integração dos estudantes aos serviços da Atenção Primária consolida a relação teoria-prática, a formação crítica, a aprendizagem significativa, a oportunidade de desenvolver e aperfeiçoar habilidades de cuidado e educação em saúde.

Viabilizar essa integração, implica na utilização de metodologias ativas, sob a ótica de uma educação híbrida, apoiada em plataformas digitais, que mesclam encontros presenciais, em ambientes físicos diversos (tanto na faculdade como no serviço), com ensino à distância (via Ambiente Virtual de Aprendizagem). Dessa forma, as estratégias utilizadas na disciplina visam suscitar o aprendizado por meio da proatividade, de maneira a envolver o estudante em atividades que exijam iniciativa, tomada de decisões e reflexão sobre os resultados, a partir de problemas e situações reais do SUS.

O emprego dos diversos dispositivos de aprendizagem traz consigo uma gama de possibilidades de observações avaliativas e coloca o estudante como sujeito desse processo, com a avaliação por pares em roda de conversa. Ainda como mudança nas práxis, o processo de avaliação é contínuo ao longo da disciplina, com lastro na avaliação formativa⁵.

A experiência da disciplina, em consonância com a literatura, tem mostrado que a equipe docente rompe com o papel do professor na centralidade do processo de ensinar e assume a posição mediadora, orientando o processo, quer nas necessidades coletivas, quer nas individuais, contribuindo para a tessitura de um construir coletivo e significativo, articulado com a experiência prática no serviço⁶.

Em resumo, destaca-se o fortalecimento da integração ensino-serviço com uso de metodologia ativa de aprendizagem nas atividades da disciplina de Estágio em Ações Coletivas. Essa estratégia traz benefícios em ambos os aspectos: para o estudante, enquanto participante ativo no campo de estágio, e para o serviço, com a promoção da articulação entre teoria e prática, fomentando a renovação constante de ações. Enfatiza-se, ainda, a importância da inserção do estudante de Odontologia no SUS no seu processo de formação profissional, como forma de estabelecer outras relações de ensino aprendizagem.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde. Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília (DF); 2006 [acesso 11 jun 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf
2. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. Diário Oficial da União 19 fev 2002 [acesso em 12 jun 2018]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* 2004; 14(1):41-65.
4. Piancastelli CH, Spirito GCD, Flisch TMP. Saúde do adulto. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2013 [acesso em 11 jun 2018]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1826>
5. Bonniol JJ, Vial M. Modelos de avaliação: textos fundamentais. Tradução do francês de Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artmed; 2001.
6. Morán J. Mudando a educação com metodologias ativas. Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens 2015; (2):15-33 [acesso 14 jun 2018]. Disponível em: http://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2013/12/mudando_moran.pdf

5.3 Impactos da integração ensino-serviço-comunidade na saúde bucal do município de Santa Maria/RS

Vinícius Marangon Santos

Cirurgião-dentista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMIS)-UFSM, Ênfase Vigilância, 1º ano.

Caroline Francieli Weber

Cirurgiã-dentista, Residente do PRMIS-UFSM, Ênfase Vigilância, 2º ano.

Patrícia Bastianello Campagnol

Cirurgiã-dentista, Mestranda de Ciências Odontológicas-UFSM - Ênfase em Saúde Coletiva, Coordenadora da Política Municipal de Saúde Bucal, Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS, Preceptora do PRMIS-UFSM.

Vânia Maria Fighera Olivo

Enfermeira, Doutora em Administração-UFRGS, Coordenadora do PRMIS-UFSM.

O fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) passa por mudanças na formação em saúde, investindo na integralidade do cuidado e da assistência, para responder efetivamente às necessidades de saúde da população. Legalmente, existem dispositivos que sustentam a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à formação dos recursos humanos na área da saúde. A lei 8.080/90, reforçando o Artigo nº 200 da Constituição Federal de 1988, sinaliza que o SUS deve ser o ordenador desta formação, apontando a necessidade de mudanças no modelo vigente, contribuindo para uma efetiva implementação dos princípios e diretrizes do Sistema. Isto implica no compromisso de uma Integração Ensino-Serviço concreta, que envolva e comprometa os diversos atores envolvidos.

Contudo, mesmo com estas ferramentas legais para uma formação ordenada pelo SUS, ainda se encontram no país modelos tradicionais de ensino-aprendizagem, enfatizando uma lógica curativista e centrada na doença. Em Santa Maria, a reorganização da Política de Saúde Bucal foi fortemente apoiada pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMIS - UFSM), principalmente na ênfase em Vigilância. A participação dos residentes no grupo gestor permitiu, além de novas perspectivas para a gestão, a abertura de um campo de estágio para graduandos dos cursos de odontologia no município. Os atores envolvidos, residentes e preceptora, assumiram um compromisso com a reorientação dos modelos de atenção e formação, tendo em vista a melhoria da qualidade, do acesso e da integralidade em saúde. E ao atuar numa lógica interdisciplinar na coordenação da Política de Saúde Bucal, priorizando o planejamento em saúde frente à assistência direta ao paciente, rompe-se com a visão tradicional da atuação do cirurgião-dentista apenas dentro do consultório odontológico.

Somando a isso, Pinheiro (2009) apontou que a principal deficiência da formação em Odontologia refere-se ao distanciamento entre o ensino e a realidade socioeconômica e cultural da população. A integração ensino-serviço possibilita ao aluno compreender seu papel de profissional de saúde na sociedade. Este movimento tem potência para romper com a lógica vigente da formação em Odontologia, baseada no modelo hegemônico de atenção à saúde bucal privatista, centrada no atendimento curativo-restaurador individual, que não vem impactando na melhoria das condições de saúde bucal da população, como mostram os elevados índices de brasileiros edêntulos e com doenças bucais como cárie e periodontite (SB BRASIL, 2012).

Residência

A presença de residentes do PRMIS - UFSM no grupo gestor da Política de Saúde Bucal de Santa Maria tem colaborado em diversas frentes com a gestão municipal de saúde.

No Brasil, temos outros exemplos de experiências bem-sucedidas na adoção da Integração Ensino-Serviço e investimentos na Atenção Básica. No município de Florianópolis-SC, por exemplo, incluiu-se a supervisão de alunos de graduação como parte do processo de trabalho dos profissionais da rede, trazendo resultados positivos para o profissional e para o graduando (Chaves, 2016), o que legitima esta integração como ferramenta da mudança de modelo.

Em Santa Maria, este modelo de integração ensino-serviço rendeu muitos frutos, uma vez que os residentes participam de todos os processos cotidianos na Política de Saúde Bucal. Estes profissionais vêm atuando em conjunto na elaboração de políticas de saúde bucal, como o Plano Municipal de Saúde Bucal e fluxos para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e os serviços de saúde bucal nos hospitais da cidade, e também na estruturação e implementação de ações de saúde. Contam ainda com o apoio de estagiários dos cursos de graduação do município, que em contrapartida recebem a oportunidade de vivenciar os processos de gestão em saúde.

Alguns dos projetos que contam com o apoio dos residentes e estagiários são o Sorria Santa Maria e o encontro mensal das equipes de saúde bucal do município, além da integração com a Coordenadoria Regional, que permite a realização de outros eventos envolvendo os 32 municípios que compõem as regiões assessoradas pela 4ª Coordenadoria Regional da Saúde do Rio Grande do Sul.

Sendo alunos de pós-graduação da UFSM, os residentes também potencializam a integração com a Academia criando um vínculo entre esta e a gestão de saúde. Esta parceria tem se mostrado importante em diversos pontos, como na construção de um projeto de implantação de um CEO regional na Universidade. Em 2018, foram realizadas reuniões entre os coordenadores regional e municipal

de saúde bucal, os residentes, a reitoria e docentes da instituição, com o intuito de apresentar este modelo de CEO e sugerir a implementação dele nas clínicas da Universidade. Este novo serviço a ser implantado dentro da estrutura da Universidade será referência para a população das duas regiões de saúde assessoradas pela 4ª CRS, que somam cerca de 600 mil habitantes. Além disso, o vínculo dos residentes com a UFSM facilita a participação de docentes em atividades de educação continuada com os cirurgiões dentistas e auxiliares ou técnicos em saúde bucal da cidade.

Reorganização dos estágios curriculares

Reconstruir e ressignificar os serviços de atenção em saúde como espaços de formação e cenários de práticas exige diálogo e parcerias, sendo um desafio constante. Receber os acadêmicos de Odontologia nas Unidades de Saúde do município já era uma prática consolidada no município, mas a pactuação entre os preceptores (profissionais da rede), tutores (professores) e alunos era incipiente previamente à implantação da Política de Saúde Bucal. Para corrigir essa fragilidade, os estágios curriculares foram repensados, envolvendo os tutores da disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva, coordenação da Política e profissionais da rede.

A presença mais constante da Academia nas reuniões mensais da equipe de Saúde Bucal do município proporcionou o diálogo, e um espaço de devolutiva dos professores à rede, de escuta das necessidades dos campos e de troca com os profissionais. Para tanto, foram programadas duas oficinas de integração ensino-serviço, com o tema: “Formação em saúde: da academia para o serviço e do serviço para a vida.”

Essas oficinas foram realizadas na sede do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) do município, com a utilização de metodologias ativas, envolvendo os tutores, preceptores e servidores. O objetivo dessas atividades foi fortalecer a integração, sendo um instrumento utilizado a cada início e final de semestre para avaliação coletiva dos estágios, apontando as potencialidades e desafios, oportunizando assim um espaço para troca de experiências e vivências.

Nestas oficinas, ficou evidente o desejo dos profissionais preceptores pela presença mais próxima dos tutores, supervisionando o estágio e ampliando os momentos de trocas de experiências e conhecimento. A partir delas, ficou pactuado que cada preceptor teria um tutor de referência para essa orientação, que ocorre presencialmente e a distância. Assim, há uma aproximação ainda mais forte, gerando uma vivência mais significativa para os acadêmicos. A inserção precoce deles nos serviços é vantajosa, funcionando como uma metodologia pedagógica que diversifica os cenários de prática, ampliando o poder de reflexão (Freitas, 2015).

Considerações finais

Mesmo após um curto período desde a reorganização da Política de Saúde Bucal em Santa Maria, já é possível perceber consequências positivas da Integração Ensino-Serviço impulsionada por esta. Parcerias com a Academia em atividades de educação continuada, as reuniões iniciais buscando oportunizar a implantação de um CEO regional na UFSM, e a inclusão de estagiários em diferentes níveis de atenção à Saúde Bucal são alguns dos resultados dessa aproximação, que tem grande potencialidade para melhorias ainda mais evidentes na saúde do município.

O grupo gestor da Política de Saúde Bucal em Santa Maria tem buscado integralizar a atenção à saúde bucal, introduzindo um modelo de gestão que priorize esta integração, o trabalho em equipe e interdisciplinar, com foco na educação continuada. Este novo modelo, substituindo o paradigma prévio, tende a

melhorar os indicadores de saúde bucal na região mesmo em frente a uma cobertura reduzida, a partir de estudos de efetividade e eficiência da oferta de serviços.

Referências

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial Da União; 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em 4 set 2018.
- BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 4 set 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.
- Chaves, S.C.L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. EDUFBA, 2016 377p.
- Freitas, C.M. et al; Uso de Metodologias Ativas de Aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. Rev. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 13(2),117-130, 2015.
- Pinheiro, F.M.C; A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. RGO, Porto Alegre, v. 57, n.1, p. 99-106, jan. /mar. 2009

5.4 Projeto de Intervenção dos Acadêmicos de Odontologia na Estratégia de Saúde da Família na Região do Cariri: Relato de Experiência

Thyago Leite Campos de Araujo
Regiane Cristina do Amaral
Alana Kelly Maia Macedo Nobre de Lima
Rodrigo Dutra Murrer
Simone Scanduzzi Francisco
Claudia Leal Suzuki
Wilson Eduardo Cavalcante Chagas

Resumo

As atividades propostas para o estágio na atenção primária em saúde estão de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Odontologia. Estas atividades salientam a participação dos alunos nos cenários do Sistema Único de Saúde – SUS e com isso aprender as questões do processo saúde-doença com a realidade local. O presente teve como objetivo relatar a experiência de um projeto de intervenção dos acadêmicos do quinto ano de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - Juazeiro do Norte, Ceará. Para realização da presente intervenção, os alunos eram divididos em grupos com 06 alunos em cada Unidade de Saúde da Família. Os alunos desenvolviam inicialmente um

projeto de intervenção e posteriormente implantavam o mesmo na sociedade ou Unidade de Saúde a qual atuavam. Por meio dessas atividades os acadêmicos se aproximavam da realidade da comunidade, participam de ações interdisciplinares, praticam o modelo de saúde pública, ações humanizadas e passavam a reconhecer a importância do vínculo profissional-paciente.

Introdução

O curso de Odontologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - Unileão está situado em Juazeiro do Norte, Ceará. De acordo com o IBGE (2017) a população estimada é de 270.383 habitantes¹. O município tem entre suas peculiaridades à escassez de chuvas, forçando muitas vezes o êxodo rural e a migração da população para centros maiores. Contudo, esta região é considerada o maior polo comercial do sul do estado do Ceará e é nacionalmente conhecida como um Centro de Peregrinação Religiosa.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, objetiva colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar². Nas ações instituídas pela PNH está a Clínica Ampliada (CA) recomendando que os profissionais da saúde possam ajudar as pessoas a transformar a seu cotidiano e seu processo saúde-doença.

Considerando esse contexto surge a necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e proposta de soluções com todos os membros da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial. No atendimento aos usuários muitas vezes tem-se observado nas rotinas de atendimento a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”³. Além disso, nos serviços de saúde, a fragmentação do indivíduo produziu uma progressiva redução do objeto de trabalho, resultante da excessiva especialização profissional e os currículos anteriores voltados para disciplinas isoladas nas quais a doença era vista apenas em determinada especialidade.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Odontologia salientam a participação dos alunos nos cenários do SUS e recomendam que a formação profissional deva incluir a atenção integral à saúde, o trabalho transdisciplinar e a integração ensino-serviços⁴. A abordagem multidisciplinar tem como objetivo que os grupos de estudantes encorajem famílias e comunidades a assumirem suas responsabilidades, gerenciarem seus problemas de saúde e no seu autocuidado, estabelecer vínculo com a comunidade e desenvolver práticas humanísticas e não apenas ações centradas na doença⁵.

A estrutura curricular do Curso de Graduação em Odontologia da Unileão é composta por dez disciplinas de políticas públicas em saúde. Durante os cinco anos do curso de graduação os acadêmicos têm a oportunidade de vivências mais próximas da comunidade, experimentando um novo espaço de aprendizagem diretamente nos serviços de saúde e possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população.

No último ano do curso são realizadas atividades extramuros nas Unidades de Saúde por um preceptor da rede que atua nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio de convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde do município, seguindo as orientações das DCN. No final do semestre letivo cada aluno deve entregar ao docente responsável pela disciplina um portfólio individual com as atividades desenvolvidas no semestre, além de executar um projeto de intervenção na comunidade onde foi seu campo de atuação durante o período de um ano de atividade e esse projeto de intervenção faz parte da sua nota da disciplina.

Com base no exposto, o objetivo deste relato é mostrar o projeto de intervenção na comunidade realizada pelos acadêmicos do último ano do curso de Odontologia da Unileão.

Relato de experiência

O interesse neste projeto de intervenção surgiu a partir de um grupo de seis acadêmicos de Odontologia na UBS localizada no município de Juazeiro do Norte- Ceará. Durante as atividades propostas pelas atividades realizadas foram ações de promoção e prevenção das doenças bucais para escolares em uma escola municipal da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família a qual os mesmos atuavam.

Em uma dessas ações foi realizado um levantamento epidemiológico das condições bucais dos escolares e o resultado foi de um alto índice de cárie dentária, crianças com quadros de dor de origem dentária os quais chamaram a atenção do grupo. Foi relatado pela diretora da escola um alto consumo de alimentos açucarados e que muitos escolares faltavam à escola em decorrência de quadros de dor de origem dentária, os alunos da escola não tinham local para escovar os dentes e não possuíam escovas dentais na escola.



Figura 1. Escovódromo permanente em uma Escola Pública Municipal de Juazeiro do Norte/CE.

Diante dessa realidade foi elaborada uma proposta de intervenção elaborada em três momentos. Primeiramente por meio de atividades de educação em saúde bucal direcionada aos professores e alunos nas quais foram abordados temas relevantes sobre cárie dentária, à importância da escovação supervisionada e alimentação saudável. No segundo momento, foi realizada uma triagem desses pacientes (alunos da escola) de acordo com a classificação de risco das doenças bucais e encaminhamentos para o dentista da Unidade de Saúde da área cadastrada em data previamente agendada e coincidindo com a presença dos acadêmicos que já estavam com vínculo positivo junto às crianças. No terceiro momento de ação, os acadêmicos planejaram por meio de recursos próprios e doações a construção de um Escovódromo Permanente na Escola composto por quatro pias e torneiras permanentes (Figura 1). O Escovódromo é ideal para promover a Saúde Bucal dos Escolares, foi doado kits de escovas e creme dentais para cada escolar.

A alimentação saudável é uma das formas de prevenção da doença cárie e que acarretará efeitos positivos na saúde ao longo da vida⁶. Assim, ações de conscientização e valorização da saúde devem ser incentivadas e implementadas desde a pré-escola⁷. Os professores e os alunos do curso de odontologia promovem periodicamente a escovação dentária supervisionada juntamente com os escolares, contribuindo para a incorporação de autonomia de autocuidado para a manutenção da saúde bucal desde a primeira infância. Um dos desafios encontrados foi o valor financeiro para a construção, a sensibilização dos professores para incluírem na rotina das crianças a escovação supervisionada.

Considerações finais

É de grande importância que os acadêmicos de Odontologia sejam inseridos e possam vivenciar o processo de trabalho do SUS, para atuação além dos muros das Instituições de Ensino. Considerando os propósitos da clínica ampliada, ou seja, atuação mais centrada no indivíduo e suas particularidades, ter ações multiprofissionais, conhecer a realidade local e superar a ação centrada apenas no profissional, na consulta clínica odontológica e na prescrição de medicamento se torna um desafio. A integração do ensino-serviço e comunidade contribui para formar um profissional mais humanizado e capacitado para atuar na saúde pública.

Para Ditterich et al.⁸ “a graduação em odontologia deve formar não apenas profissionais competentes, mas pessoas aptas a interagir eticamente no contexto social”. Recentemente, Weiler et al.⁹ por meio de um estudo de casos concluíram que os estágios extramuros apresentam grande variação no seu planejamento e representam uma ferramenta importante para o desenvolvimento das competências requeridas pelas DCN.

Projetos de intervenção na comunidade são de grande importância para fortalecer os laços entre os usuários e profissional, além de ter impacto positivo na realidade local. Por meio desta experiência é possível inferir que os profissionais egressos tiveram uma formação mais humanizada e comprometida com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Referências

1. IBGE. Censo Demográfico 2016 – Características Gerais da População. Resultados da Amostra. IBGE, 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e Compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009
4. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial da União. Brasília, 4 mar. 2002; Seção 1, p.10.
5. Hayacibara MF, Lolli LF, Terada RSS, Hidalgo MM, Bispo CGC, Terada HH et al. Experiência de clínica ampliada em odontologia na Universidade Estadual de Maringá. Rev Bras Educ Med. 2012;36(1, Supl.2):178-83.
6. Garcia De Freitas, L., De Souza Escobar, R., M. A. & Faustino-Silva, D. D. Consumo alimentar de crianças com um ano de vida num serviço de atenção primária em saúde. Rev Port Saúde Pública. 2016;34(1):46-52.
7. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF. Percepção de pré-escolares sobre saúde bucal. Rev Odontol Univ Cid São Paulo. 2008; 20(1):52-9.

8. Ditterich RG, Portero PP, Schmidt LM. A preocupação social nos currículos de odontologia. Rev ABENO. 2007;7(1):58-62.
9. Weiler RME, Vitalle MSS, Haddad AE, Fraiz FC, Soares MSM, Júnior ECS. Et al. Contribuição do Pró-Saúde para a reorientação da formação em Odontologia e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais: estudo de casos. Rev ABENO. 2007;17(2):39-50.

5.5 A integração ensino-serviço pela Teleodontologia: a experiência do Telessaúde/ES

Karina Tonini dos Santos Pacheco

Carmen Barreira-Nielsen

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Maria Zilma Rios

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, Vitória/ES, Brasil.

Antonio Carlos Pacheco Filho

Cléa Adas Saliba Garbin

Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba/SP, Brasil.

O ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde constitui uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. A Educação Permanente em Saúde (EPS), aprendizagem voltada ao trabalho, objetiva a incorporação do conhecimento adquirido ao cotidiano dos profissionais atuantes no SUS, transformando as práticas diárias de trabalho².

Em 2007, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Projeto-Piloto do Telessaúde Brasil com modernas tecnologias de informação e comunicação (TIC) para o desenvolvimento de atividades à distância, visando ao fortalecimento e à ampliação (EPS) para os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF). No ano de 2011, o projeto foi redefinido como Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, cujo propósito foi a promoção do fortalecimento da articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadas pela Atenção Básica (AB) no âmbito do SUS³.

O Telessaúde Brasil Redes fornece os serviços de Teleconsultoria, síncrona e assíncrona, Telediagnóstico, Segunda Opinião Formativa e Teleducação³. Esses serviços promovem educação para o trabalhador na perspectiva de melhoria da qualidade do atendimento ao público e na redução dos encaminhamentos médicos e deslocamentos desnecessários de pacientes³⁻⁵.

Em 2010, foi implantado o Núcleo de Telessaúde no Estado do Espírito Santo (NUTES), com a participação da Secretaria de Estado do Espírito Santo (SESA), do Instituto Federal do Espírito Santo (IFES), Campus Vitória, e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)⁴.

O Telessaúde/ES disponibiliza serviços a todas as categorias profissionais atuantes no SUS. Em 2016, começou-se a planejar mais um serviço, voltado, especificamente, às Equipes de Saúde Bucal (ESB). Por meio de um levantamento de informações realizado em 2014, os cirurgiões-dentistas foram identificados como os

profissionais que menos utilizavam os serviços ofertados pelo Telessaúde/ES.

A Teleodontologia, um campo integrante do Telessaúde, vem evoluindo com ênfase na teleducação interativa, na teleassistência e na produção de pesquisas multicêntricas⁶. Além disso, possui a capacidade de aprimoramento da qualidade educacional das ESB, pois oferece ferramentas e programas de saúde bucal e teleconsultorias com especialistas capacitados, além de ser um método economicamente viável de promoção de atenção em saúde à população⁷.

O Telessaúde/ES está implantado em 69 municípios do Estado do Espírito Santo e, em processo de implantação, em nove. Desde o início de suas atividades, em 2012, os profissionais da ESB vêm se cadastrando de maneira progressiva no programa. Até maio de 2018, havia um total de 583 profissionais cadastrados.

A partir de 2017, começou-se a realizar, em toda a última sexta-feira de cada mês, webpalestras on-line sobre temas diversos da Odontologia, propostos pelos próprios profissionais. O interessante, que além da participação dos profissionais do Espírito Santo, temos a participação de trabalhadores de outros estados como Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Goiás, Ceará, Bahia, Santa Catarina, Pernambuco e São Paulo. Durante o período de 2015 a abril de 2018, houve um crescimento da participação dos profissionais das ESB nas webpalestras on-line, totalizando 469 participações, com crescimento progressivo para os anos de 2017 e 2018.

As webpalestras que já foram ministradas são monitoradas e disponibilizadas no site para acesso off-line. “Atendimento odontológico de bebês e crianças na APS”, com 1k visualizações; “Principais patologias que acometem a cavidade bucal”, com 1k visualizações; “Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade de atenção básica - PMAQ (saúde bucal)”, com 3.000 visualizações; “Atendimento odontológico ao paciente idoso”, com 682 visualizações; “Flúor: Dos “8 aos 80?”, com 733 visualizações; “Farmacologia odontológica para gestantes”, com 478 visualizações; “A importância dos profissionais auxiliares em Odontologia”, com 200 visualizações, “Traumatismo Dento Alveolar em Dentes decíduos” com 294 visualizações; “Educação em Saúde Bucal”, com 785 visualizações, “Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais”, com 369 visualizações; “Atendimento odontológico ao paciente oncológico”, com 261 visualizações; “Lesões Cervicais Não Cariotas”, com 419 visualizações e “Anestésicos Locais (Saúde Bucal)”, com 6.000 visualizações; “Emergências Médicas na Odontologia”, com 2.000 visualizações, são exemplos de webpalestras de saúde bucal ministradas em 2017 e 2018 e estão disponíveis no canal do YouTube (*Quadro 1*).

A Teleodontologia/ES conta com o serviço de teleconsultoria, que consiste em consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho. Elas podem ocorrer de duas maneiras: síncrona – teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência; ou assíncrona – teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line.

As teleconsultorias síncronas são realizadas juntamente aos especialistas da Universidade Federal do Espírito Santo após solicitação e agendamento prévio. Atualmente, as áreas disponíveis para as teleconsultorias síncronas são: Saúde Bucal Coletiva, Patologia Bucal e Estomatologia, Odontopediatria e Cirurgia Bucomaxilofacial.

A Biblioteca Virtual, localizada na área de Tele-educação, disponibiliza uma pasta com materiais oficiais da área denominada “Saúde Bucal”. São cartilhas, diretrizes, manuais, cadernos, panfletos, protocolos e guias publicados pela própria equipe de Tele-educação, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Atualmente, estão publicadas na Biblioteca Virtual em Atenção Primária à Saúde do

Programa Telessaúde Brasil Redes, 14 arquivos de Segunda Opinião Formativa (SOF) de Odontologia, produzidos pelo Telessaúde/ES e disponíveis na página da Tele-educação.

Webpalestras	Acesso offline
“Atendimento odontológico de bebês e crianças na APS”	1K
“Principais patologias que acometem a cavidade bucal”	1K
“Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade de atenção básica - PMAQ (saúde bucal)”	3K
“Atendimento odontológico ao paciente idoso”	682
Flúor: Dos “8 aos 80?”	733
“Farmacologia odontológica para gestantes”	478
“A importância dos profissionais auxiliares em Odontologia”	200
“Traumatismo Dento Alveolar em Dentes decíduos”	294
“Educação em Saúde Bucal”	785
“Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais”	369
“Atendimento odontológico ao paciente oncológico”	261
“Lesões Cervicais Não Cariotas”	419
“Anestésicos Locais (Saúde Bucal)”	6K
“Emergências Médicas na Odontologia”	2K

Quadro 1: Webpalestras de saúde bucal ministradas no Telessaúde/ES em 2017 e até abril de 2018, disponíveis no canal do YouTube.

A SOF é uma fonte de informação sobre temas importantes da Atenção Primária à Saúde (APS), publicada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Sua estrutura é composta de perguntas originadas das teleconsultorias e respostas baseadas em boa evidência científica, com possibilidade de responder a dúvidas e necessidades de outros trabalhadores da saúde, com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva em casos ou situações semelhantes. As SOF de Odontologia produzidas pelos Telessaúde/ES versam sobre diversas áreas, como cirurgia bucomaxilofacial, farmacologia, estomatologia e cariologia. Ademais, também abordam os ciclos de vida e grupos especiais como crianças, gestantes, pacientes diabéticos e podem ser acessadas pelo site http://aps.bvs.br/teleconsultor/telessaude-espírito-santo/page/7/?post_type=aps&l=pt_BR.

Para o ano de 2018 está previsto o início de cursos à distância na área e será disponibilizado o serviço TeleEduca, que oferece materiais que abrangem informações de forma rápida, atual e objetiva do cotidiano profissional. Materiais sobre Saúde Bucal da Gestante, Conduta Profissional Frente à Avulsão Dentária, Traumatismo Dentário, Câncer de Boca e Cuidados com as Próteses Dentárias, estão em processo final de confecção. As Webdrops, vídeos educativos de curta duração, também serão ofertadas, disponibilizando informações importantes aos profissionais.

O Telessaúde é uma ferramenta de ensino-aprendizagem capaz de suprir as necessidades de conhecimento dos profissionais, contribuindo para efetivação do processo de EPS. A utilização de TIC proporciona uma percepção da sociedade atual, mostra a interligação global e promove o acesso contínuo e permanente a toda e qualquer informação⁸.

Desde o início das atividades da Teleodontologia no âmbito do Telessaúde/ES verificou-se um aumento progressivo de participação das ESB do Estado. Este aumento pode estar relacionado à oferta de ativi-

dades específicas de Odontologia, a partir de 2017, e ao planejamento e desenvolvimento dos produtos a partir da necessidade das ESB cadastradas.

Acreditamos que a Teleodontologia é um serviço que poderá promover, por meio de suas ferramentas específicas, informações, conhecimentos, trocas de experiências importantes, EPS para as ESB e melhorar o processo de trabalho.

Informar e conscientizar o profissional que a Teleodontologia é uma ferramenta importante para a promoção de EPS é essencial. Desta forma, torna-se importante a estimulação da aplicabilidade desse serviço desde a formação acadêmica. Haddad et al. (2014)⁸ relatam que, desde 2006, a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) criou o centro de Teleodontologia, que implantou a disciplina de Teleodontologia em cursos de graduação e pós-graduação, com o intuito de estimular os estudantes a utilizarem as TIC, tanto como ambiente educacional como no desenvolvimento de projetos de ação cidadã e desenvolvimento de ações de capacitação e educação permanente para profissionais do SUS.

É necessário que os trabalhadores e gestores da área de Odontologia compreendam que os produtos da Teleodontologia, ou seja, as teleconsultorias, webconferências, teleEduca, cursos à distância e a própria biblioteca virtual são capazes de proporcionar conhecimento educacional e que essa prática deve ser inserida no seu cotidiano, com horário protegido, pois promove benefícios tanto para os próprios profissionais como para a população atendida.

Entretanto, é preciso superar o modelo de trabalho dominante, centrado na assistência, que está presente de maneira hegemônica, em especial na Odontologia. Signor et al⁹ debatem, em seu estudo, sobre a importância da construção de propostas educativas direcionadas aos trabalhadores em saúde e que as dificuldades de construí-las estão relacionadas ao desconhecimento das políticas de educação permanente por parte dos gestores, à falta de planejamento, à atenção centrada na resolução da doença, tendo como objetivo principal suprir as necessidades básicas de consultas, exames e medicação.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 27 out 2011, col 208, p. 50.
4. Sarti TD, Andreão RV, Schimidt MQ, Celestrini J. Teleconsultoria assíncrona como ferramenta de suporte ao trabalho em saúde. Rev Bras Pesq Saúde. 2013 jul-set;15(3):79-84.
5. Alkmim MB et al. Improving patient access to specialized health care: the Telehealth Network of Minas Gerais, Brazil. Bull World Health Organ. 2012 may;90(5):373-8.
6. Haddad AE, Skelton-Macedo MC. Teleodontologia na formação dos profissionais de saúde. In: Mathias I, Monteiro AMV. (Org.). GoldBook: inovação tecnológica em educação e saúde. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2012. p. 173-206. [Citado em 17 jun 2017]. Disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/12.pdf>.
7. Caldarelli PG; Haddad AE. Teleodontologia em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais no desenvolvimento de competências profissionais. Rev ABENO. 2016;16(2):25-32.
8. Haddad AE, Bônecker M, Skelton-Macedo MC. Research in the Field of Health, Dentistry, Telehealth and Teledentistry. Braz Oral Res. 2014;28(1):1-2.
9. Signor E, Silva LAA, Gomes IEM, Ribeiro RV, Kesler M, Weiller TH, et al. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. Rev Enferm UFSM. 2015;5(1):1-11

5.6 O uso do Instagram® no processo de avaliação do ensino-aprendizagem em saúde bucal coletiva

por

Marcoeli Silva de Moura

Cacilda Castelo Branco Lima

Otacílio Batista de Sousa Nétto

Carolina Veloso Lima

Ananda Souza Pereira

Cláudia Paz Pinheiro

Priscila Figueiredo Cruz

Patrícia Ferreira de Sousa Viana

Introdução

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para Graduação em Odontologia aprovadas em 2002, definiu-se um perfil profissional que contempla uma nova prática, capaz de extrapolar os limites da boca e do consultório odontológico. A intenção é promover um ensino contextualizado e integrado às demais áreas do conhecimento, além de buscar romper as dicotomias básico-profissionalizante, preventivo-curativa, público-privada e superar a valorização da especialização precoce que tem caracterizado o exercício da profissão¹.

Nesse sentido, as DCN estipulam que 20% da carga horária do curso devem se caracterizar como estágio supervisionado, preferencialmente em cenários reais de prática – os estágios extramuros. As DCN sugerem o desenvolvimento do estágio supervisionado de forma articulada, com complexidades crescentes ao longo do processo de formação do Cirurgião-Dentista e sob supervisão docente¹.

As atividades extramuros são componentes seminais de qualquer currículo odontológico contemporâneo, sendo precípuo reconhecer a importância do ponto de vista do ensino-aprendizagem, não apenas da diversificação dos cenários, mas da utilização de cenários reais de trabalho profissional, como estratégia que favorece a integração da formação em saúde à realidade social, às políticas sociais e ao mundo do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS)^{2,3}. Com esse caráter e peculiaridade, os estágios supervisionados oportunizam a contextualização da aprendizagem, a problematização do cotidiano das práticas e da realidade social brasileira, o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes de negociação e mediação de conflitos, além da construção de um sentido de cidadania⁴.

Na experiência do curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), um curso em nove semestres, para que os discentes iniciem suas atividades de estágio supervisionado extramuros é necessário que se apropriem do arcabouço jurídico-constitucional do SUS e das reflexões conceituais que atravessam a produção do cuidado em saúde pela Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). O conteúdo acontece em dois módulos de Odontologia em Saúde Coletiva (OSC - 4º e 6º semestres) que são seguidos pela inserção consecutiva dos graduandos nos campos de estágio extramuros (do 7º ao 9º semestre do curso).

Uma das estratégias de aprendizagem na educação de adultos é a andragogia, que consiste na arte e ciência de conduzir adultos jovens ao aprendizado⁵. A andragogia lança mão de metodologias partici-

pativas de ensino-aprendizagem com experiências reais ou simuladas, que possibilitam ao educando reconhecer-se como sujeito de sua aprendizagem e protagonista dos processos de mudanças do ensino e das práticas sanitárias, desenvolvendo sua autonomia intelectual; e ao professor o trabalho de mediação do processo educativo⁶⁻⁸. Essas metodologias utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, fazendo com que o discente detenha, examine, reflita, relacione o aprendizado com sua história e dê um novo significado às suas descobertas⁹.

As metodologias participativas em saúde desejam a superação do ensino centrado no professor, nas restrições das prescrições e dos protocolos de procedimentos clínicos, não os desconsiderando em sua relevância, mas ampliando reflexivamente a dimensão cuidadora e emancipatória, estimulando a emergência da criatividade, da ousadia e do protagonismo na formação^{7,10,11}.

Nessa perspectiva e considerando a influência tecnológica atual do surgimento das redes sociais digitais, uma metodologia adotada no curso de Odontologia da UFPI foi a utilização da rede social Instagram®. Através dela, discentes do 7º período do curso discutem com imagens a “teoria da academia” na “prática dos serviços de saúde e nas comunidades visitadas”, em um movimento dialético de aproximação entre intenção-gesto, palavra-ação. O objetivo deste capítulo é apresentar o uso da rede social Instagram® no processo de construção do processo ensino-aprendizagem-avaliação durante o estágio na Atenção Primária em Saúde (APS) de Teresina-Piauí, do curso de Odontologia da UFPI.

Proposta do Instagram®

Os estágios extramuros acontecem em uma dinâmica de concentração-dispersão, sempre com supervisão docente. A concentração ocorre em sala de aula, para o momento inicial do estágio e para encontros posteriores de apresentação das experiências vivenciadas no serviço público do município. Enquanto que os momentos de dispersão ocorrem quando os alunos, em duplas, são inseridos em cenários reais de prática nas Unidades Básica de Saúde (UBS).

O processo avaliativo do estágio ocorre de diferentes formas, incluindo momentos de roda de conversa, nos quais os discentes são estimulados a realizar uma análise crítica das vivências na APS no campo das práticas - aplicação da técnica e das relações intersubjetivas com preceptores e usuários do serviço. Além disso, foram desenvolvidas diversas perspectivas pedagógicas que podem ser entendidas como processuais e que tem como finalidade captar a riqueza e a diversidade das atividades extramurais, em todas as suas dimensões, estivessem estas na forma de competências, habilidades e atitudes. Entre elas estão: Diário de campo; Construção do mapa do território das práticas; Construção de Portfólio; Construção de Blog; Uso do Instagram®; Confecção de vídeos; e também formas livres e criativas de apresentação.

O aplicativo Instagram® para smartphones tornou fácil e síncrono o compartilhamento das experiências. Tal dispositivo foi desenvolvido para compartilhar imagens que falassem por si. Os estudantes são desafiados (em dupla) a cada semana postarem fotografias em um perfil previamente criado, e correlacionarem com os princípios da APS, seus atributos e suas funções, bem como os dispositivos que auxiliam o funcionamento e organização da APS (*Quadro 1*). As postagens devem estar marcadas com uma hashtag (#) indicando seu tema e acompanhadas de um texto dissertativo breve que aponte aspectos discutidos nos módulos teóricos de OSC. Em acréscimo, as postagens devem suscitar debates sobre o tema exposto pelos colegas, e nesse caso, o comentário é um componente avaliativo de cada discente. Docentes e os preceptores são marcados nas postagens para que possam contribuir com o debate. A confidencialidade das imagens e dos textos é um princípio intransigentemente respeitado, e apenas os envolvidos tem acesso ao perfil da rede social.

1ª Postagem	Conhecimento do cenário de prática – fazer um breve relato sobre a acolhida por parte dos profissionais da UBS e a apresentação da dupla à equipe da ESF que irá trabalhar, destacando as primeiras impressões sobre o cenário de prática. Observar a estrutura da UBS, o funcionamento (funções do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), número de equipes, profissionais por equipe, coordenação da UBS).
Atributos da Atenção Primária em Saúde¹²	Primeiro contato – acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde.
	Longitudinalidade – existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
	Integralidade - pressupõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.
Funções da Atenção Primária em Saúde¹³	Focalização na família – consiste em considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar, considerando o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde.
	Resolubilidade – inerente ao nível de atenção primária. Significa que ela deve ser capacitada, cognitiva e tecnologicamente, para solucionar mais de 85% dos problemas de sua população.
Políticas e Ações Transversais	Comunicação – expressa o exercício, pela APS, do papel de centro de comunicação das redes de atenção à saúde, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes da rede.
	Responsabilização - manifesta o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita.
Políticas e Ações Transversais	Humanização - transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si. Tem como um dos seus principais objetivos fornecer um melhor atendimento aos beneficiários e melhores condições para os trabalhadores ¹⁴ .
	Educação Permanente - aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Ela ocorre a partir dos problemas enfrentados na realidade dos serviços e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os trabalhadores já têm e baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais ^{3, 15, 16} .
	Intersetorialidade - é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos ^{17,18} .
Última Postagem	Sistemas de informação - Meios padronizados de coleta de dados e monitoramento das ações em saúde, os quais têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal ¹⁹ .
	Avaliação da experiência no cenário de prática – Enfoque do que foi mais marcante e representativo no semestre, com pontos positivos, negativos e o que pode ser feito para melhorar esse estágio extramuros.

Quadro 1. Temas norteadores das postagens do Instagram®.

O objetivo das postagens no Instagram® é a reflexão sobre a prática vivenciada no estágio, a partir de uma linguagem imagética, diferente das habitualmente utilizadas e valorizadas na academia: a escrita e a oral, aliando aos recursos já sistematicamente trabalhados, inventividade, imaginação e sensibilidade. Em acréscimo, as postagens facilitam a comunicação e promovem uma interação social entre todos os atores envolvidos, aproximando-os e criando conexões mais fortes entre eles.

É essencial pensar em metodologias para uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo, formando sujeitos sociais com competências, conhecimentos, responsabilidade, raciocínio e sensibilidade que permitam que o mesmo intervenha em contextos complexos e de incerteza⁹. Não há dúvidas que a utilização das redes sociais digitais na educação é um grande desafio, mas não podemos ignorar a evolução da tecnologia e surgimento desses novos recursos como ferramentas de suporte e aproximação, que podem e devem ser utilizados de forma proveitosa no processo ensino-aprendizagem. De acordo com Silva e Serafim²⁰, as redes sociais podem contribuir para esse processo com participação ativa dos alunos na sua própria aprendizagem.

Portanto, o uso do Instagram® como mecanismo de apoio didático-pedagógico tem permitido o registro das experiências dos alunos sobre a prática odontológica extramuros. Ou seja, o discente tem a oportunidade de capturar fotografias com um olhar crítico e sensível de momentos vividos além dos muros da universidade que materializam a teoria ensinada dentro dos muros, firmando, através de exemplos vivos, os princípios do funcionamento da APS. Além disso, o debate criado entre alunos, preceptores e docentes em cada postagem, faz com que o uso dessa ferramenta inovadora estimule a formação de profissionais críticos, reflexivos e resolutivos.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2002; 1:10.
2. Ayers CS, Abrams RA, McCunniff MD, Goldstein BR. A comparison of private and public dental students' perceptions of extramural programming. J Dent Educ. 2003 Apr; 67(4):412-7.
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva 2004; 14(1):41-65.
4. Moysés ST, Moysés SJ, Kriger L, Schmitt EJ. Humanizando a educação em Odontologia. Rev ABENO. 2003; 3(1):58-64.
5. Draganov PB, Friedlander MR, Sanna MC. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. Esc Anna Nery. 2011; 15(1): 149-156.
6. Pedrosa JI. Iniciação às práticas de saúde: bricolagem na seleção de conteúdos. Rev Bras Educ Med. 2013;37(3):408-17.
7. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Semina: Ciências Sociais e Humanas. 2011; 32(1):25-40.
8. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
9. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino- aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(Sup 2):2133-44.
10. Contatore OA, Malfitano AP, Barros NF. Os Cuidados em Saúde: Ontologia, hermenêutica e teleologia. Interface. 2017; 21(62):553-63.
11. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Especialização em Docência na Saúde. O protagonismo docente diante dos compromissos da formação com o SUS. Porto Alegre: Educa Saúde; 2014.
12. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.726p. [acesso em 18 Mar 2018]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
13. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
14. Medeiros LMOP, Batista SHSS. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. Trab. Educ. Saúde 2016; 14(3): 925-51.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p. [acesso em 18 Mar 2018]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sus.pdf
16. Gigante RL, Campos GWS. Política de formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. Trab. Educ. Saúde 2016; 14(3): 747-763.
17. Farias ICV, Sá RMPF, Figueiredo N, Menezes Filho A. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. Revista Brasileira de Educação Médica 2016; 40(2): 261-7.
18. Silva DAJ, Tavares MFL. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. Saúde Debate 2016; 40(111): 193-205.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 15 Abr 2018]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>
20. Silva FS, Serafim ML. Redes sociais no processo de ensino e aprendizagem: com a palavra o adolescente. In: SOUSA, RP, et al., orgs. Teorias e práticas em tecnologias educacionais [online]. Campina Grande: EDUEPB. 2016: 67-98.

Como é bom olhar para trás e observar que valeu a pena...

A experiência da construção desse livro revelou que o Sistema Único de Saúde (SUS) resiste e que a saúde bucal está viva nos serviços em todo o Brasil, graças à força dos guerreiros trabalhadores desse Sistema e ao projeto constitucional que garante saúde integral a todas as brasileiras e brasileiros, desde 1988, situação que reforça a necessidade de valorização dos municípios no sistema.

Este livro reuniu as boas práticas de todo o Brasil e o que esperamos é que você, caro leitor, se inspire, e reproduza, com as devidas alterações e adaptações, o que está sendo realizado no cotidiano dos serviços que conseguiram superar os desafios do dia a dia do trabalho. Nosso objetivo foi dar voz aos colegas, formar um coletivo com os diferentes atores que fazem parte desse processo, ou seja, o dentista da ponta, os gestores e a universidade, que unidos fazem o SUS real.

O futuro nos reserva muitos desafios, entre eles, a austeridade fiscal e o aumento dos custos com saúde em sistemas universais, frente a realidade epidemiológica e demográfica dos países. A certeza é que para superá-lo esse movimento terá que ser acompanhado de muito investimento em planejamento e gestão, a fim de otimizar recursos e garantir que “façamos mais com menos”. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as experiências multiprofissionais devem ser componentes chave para garantir o acesso à saúde, com qualidade, aos usuários. Outro caminho promissor é a relação ensino-profissional, as experiências relatadas neste livro revelam que existe muita potência entre a academia e o serviço, temos muito para avançar nesta relação, mas quando há respeito entre as partes todos podem ganhar.

Os governos que se seguem devem ter um forte compromisso com a democracia e com o direito universal à saúde. A sociedade deverá ter convicção de que o SUS é um patrimônio inegociável do povo brasileiro e que o Brasil Sorridente é a grande política de saúde bucal brasileira e a maior do mundo.

Por fim, grupos como o Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas em Saúde Bucal podem ser espaços importantes de discussão e de acúmulo, temos que buscar apoio da iniciativa privada, fomento de instituições públicas para viabilizar projetos de pesquisa e extensão universitária.

Ao final deste lindo projeto, fica a certeza de que valeu muito a pena, foi muito bom e encorajador viver esta experiência com os colegas de todo o Brasil, com a equipe Colgate e a agência Cadaris. E que venham muitos outros...

Fernanda Campos de Almeida Carrer
Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Maria Ercília de Araujo
Mary Caroline Skelton de Macedo
Dorival Pedroso da Silva
Mariana Lopes Galante
Mariana Gabriel

Organizadores



A Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – FOU SP é uma das mais tradicionais do país, considerada centro de referência no ensino, na pesquisa e na extensão, no Brasil e no exterior. Atualmente, é uma das escolas mais bem classificadas nos rankings internacionais. Em seu DNA podemos destacar a inovação, o protagonismo em sua área e a excelência.

Saiba mais em www.fo.usp.br



A Universidade de Brasília – UnB é reconhecida como sendo uma instituição transformadora, com a missão de produzir, integrar e divulgar conhecimento, formando cidadãos comprometidos com a ética, a responsabilidade social e o desenvolvimento sustentável.

Saiba mais em www.unb.br

Observatório Ibero-Americano

O Observatório Ibero-Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal é uma rede nacional que tem por objetivo potencializar a pesquisa no Brasil e um compromisso com a democracia e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS. Uma rede de colaboração nacional, que trabalha com a convicção de que o Brasil Sorridente foi uma grande conquista para a população brasileira e para os dentistas, sendo o SUS o maior empregador da mão de obra de saúde bucal no País.

Apoio e Realização



A Colgate, empresa líder mundial no segmento de saúde bucal, oferece uma linha completa de produtos consagrados em Higiene Oral. Além disso é a marca que acredita que todos merecem um futuro com motivos para sorrir. Presente em mais de dois terços dos lares em todo o mundo, a companhia chegou ao Brasil em 1927. A Colgate-Palmolive trabalha com profissionais de Odontologia investindo em pesquisas e inovação para proporcionar saúde e bem-estar à população.

Saiba mais em www.colgate.com.br