

## A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO PARANÁ

**Autores: Márcia Helena Baldani Pinto; Márcia Geny Schweitzer Queiroz; Taisiane Possamai; Cristina Berger Fadel**

**Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)**

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o perfil de implantação da Odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, um ano após a entrada em vigor, no final do ano 2000, da Portaria no. 1.444 do Ministério da Saúde. Para tanto, delineou-se um estudo quali-quantitativo envolvendo todos os 136 municípios que haviam implantado Equipes de Saúde Bucal no PSF até o início de 2002. Foram encaminhados dois tipos de questionário, previamente testados e aprovados, abordando: a) aspectos administrativos, devendo ser respondido pelos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios, e b) aspectos operacionais, a ser respondido por todos os dentistas integrantes das equipes. Ambos compreendiam perguntas objetivas, e contavam com um espaço para que os participantes expressassem sua opinião sobre experiências, sucessos ou dificuldades encontradas na operacionalização do programa. Foram obtidas respostas de 77 municípios, correspondendo a 56,6% do total de questionários enviados. Os resultados revelam que a média de população coberta por equipe ( $4.947 \pm 1.700$  pessoas) praticamente corresponde ao mínimo estipulado pela Portaria do Ministério da Saúde (5.000 pessoas). Apesar disso, existe dificuldade, por parte das equipes, em desempenhar todas as atividades pertinentes a elas, como, por exemplo, visitas domiciliares, ações de prevenção e promoção de saúde, bem como reuniões com a comunidade de abrangência. Outra dificuldade relatada relacionou-se ao encaminhamento dos casos de maior complexidade os quais, em 19,9% dos municípios, são solucionados pela própria equipe ou não são resolvidos. Como ponto positivo verificou-se que 94,3% dos dentistas entrevistados relataram haver participado de cursos de capacitação e houve recepção favorável do programa por parte da população. Finalmente, observou-se que o número de contratos formais de dentistas, através de concurso público, é pequeno (27,3%) e os relatos indicam que há necessidade de formação de profissionais generalistas, que saibam trabalhar em equipes interdisciplinares e que apresentem, portanto, perfil adequado para o Programa de Saúde da Família.

## 1. INTRODUÇÃO

O grande desafio para a saúde pública consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados. O reconhecimento da crise do modelo assistencial predominante no Brasil, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam a transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde (Paim, 1985). Neste contexto, em 1994, o Ministério da Saúde apresenta uma estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Saúde da Família (Ministério da Saúde, 1994).

O documento que define as bases do programa destaca que, em oposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (Ministério da Saúde, 1994). Pode-se incluir ainda às bases deste modelo assistencial aspectos relativos à área de abrangência com adscrição da clientela, equipe multiprofissional com ações intersetoriais, ações programadas a partir de prioridades epidemiológicas e intensa participação comunitária. O envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, torna-se fundamental para a construção do novo processo assistencial, possibilitando a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Configura também, uma nova concepção de trabalho, com capacidade de formar vínculos e propor alianças, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do fortalecimento sistema-usuário.

O PSF deve ter como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença, devendo dar condições para que médicos, cirurgiões-dentistas, psicólogos, nutricionistas, engenheiros e demais profissionais sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão a fim de propor novas práticas (Rabello & Corvino, 2001).

Infelizmente essa transestorialidade não se constitui em iniciativa governamental primeira, ao menos no que se refere à saúde bucal. Somente em dezembro do ano 2000, através da Portaria nº 1444 do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2000), houve um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira frente aos alarmantes resultados obtidos através da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (IBGE, 2000), visando então a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores epidemiológicos.

O fato da Odontologia não estar presente desde o início do programa acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais co-relacionados (Aragão et al., 2002), assim como determinou formas variadas no processo de implantação das equipes de

saúde bucal. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil de implantação da Odontologia no PSF no Estado do Paraná, um ano após a entrada em vigor da Portaria nº 1444 do Ministério da Saúde.

## 2. METODOLOGIA

Até início do ano 2002, 303 dos 399 municípios do Estado do Paraná haviam implantado o PSF sendo que, destes, 136 incorporaram equipes de saúde bucal ao Programa. Este estudo, de natureza quali-quantitativa, envolveu todos os municípios que possuíam Equipes de Saúde Bucal implantadas no PSF até esse período, segundo informações obtidas junto à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Dois tipos de questionário, previamente testados e validados, foram encaminhados aos municípios, acompanhados de um ofício no qual se descrevia a finalidade e objetivos do estudo. O primeiro tipo de questionário abordava aspectos administrativos do Programa e solicitou-se que fosse respondido pelo Coordenador de Saúde Bucal ou Secretário Municipal da Saúde. Este continha questões relativas à: a) início da atuação das ESB; b) número e modalidade de ESBs; c) população coberta pelo PSF; d) localização das Unidades de Saúde da Família; e) forma de contratação dos dentistas para atuarem nas ESBs; f) faixa salarial dos dentistas, ACDs e THDs que atuam no programa; g) jornada de trabalho desses profissionais. O outro tipo de questionário abordava aspectos operacionais, deveria ser respondido por todos os dentistas que estivessem atuando no PSF, e abordava questões sobre: a) tempo de atuação no PSF; b) participação em cursos de capacitação; c) clientela atendida pela ESB; d) forma de agendamento dos pacientes em relação ao tratamento odontológico; e) periodicidade de visitas domiciliares pelo dentista; f) encaminhamento dos casos de maior complexidade; g) ações desempenhadas pelo dentista e pessoal auxiliar; h) envolvimento da ESB com o restante da equipe de Saúde da Família; i) periodicidade das reuniões entre toda a equipe de Saúde da Família, incluindo o pessoal de saúde bucal; j) utilização ou não de prontuários únicos. Os dois tipos de questionário compreendiam perguntas objetivas (fechadas) e contavam com uma questão subjetiva (aberta) para que os participantes expressassem sua opinião sobre experiências, sucessos ou dificuldades encontradas na operacionalização do programa.

Os dados foram submetidos à análise descritiva e os resultados expressos em médias e proporções. Para analisar a questão subjetiva foi utilizado o método qualitativo dos discursos do sujeito coletivo (Lefevre, 2000).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo abrangeu a totalidade dos municípios paranaenses (136) que implantaram Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF até o primeiro semestre de 2002. Foram obtidas respostas de 77 municípios, correspondendo a 56,6% dos questionários enviados. Considerou-se esse número de respostas suficiente, uma vez que houve uma distribuição geográfica uniforme dos municípios respondentes no Estado e manteve-se uma proporcionalidade adequada considerando-se o porte demográfico dos mesmos. Do total de 278 dentistas atuantes nas ESB no Estado, 105 responderam (37,77%). Esse número, apesar de pequeno, pode ser considerado representativo do Estado, uma vez que, do total de equipes, 90 são pertencentes ao município de Curitiba, que não retornou o questionário. Então, excluindo esse município, e considerando as 188 equipes restantes, distribuídas pelo Estado, o total de respostas passa a representar 55,85% dos dentistas atuantes no PSF no Estado do Paraná.

Os resultados indicam que grande parte das ESBs foram implantadas no segundo semestre de 2001 (46,7%) e no primeiro semestre de 2002 (32,5%). Com relação à localização das Unidades de Saúde da Família, 73 municípios apresentam unidades em região urbana e apenas 23 estenderam o programa à zona rural.

Uma questão bastante discutida na atualidade diz respeito ao mercado de trabalho que se abriu para a classe odontológica com a implantação da Saúde Bucal no PSF. Os resultados relativos à forma de contratação dos dentistas para atuarem no programa demonstram que apenas 27,3% foram realmente contratados através de concurso público, 31,2% foram remanejados de outras Unidades de Saúde do próprio município e 37,7% contratados de maneira informal através de credenciamentos, licitações, contratos de prestação de serviços e outros. Praticamente todos os dentistas das ESB cumprem jornadas de 40 horas semanais (91,0%), e 72,8% do total recebe até mil e oitocentos reais de remuneração mensal por seus serviços. Como informação adicional, 94,3% dos dentistas relataram haver participado de cursos promovidos pelos Pólos de Capacitação do Estado, sendo que os que não participaram relataram que haviam sido recém-contratados.

A média observada de população coberta por equipe ( $4.947 \pm 1.700$  pessoas) praticamente corresponde ao mínimo estipulado pela Portaria do Ministério da Saúde, que é de 5.000 habitantes / ESB. Ao se observar a distribuição dos dados, verifica-se que 65% das ESB abrange até 5.000 pessoas e 85% delas atende até 6.900 pessoas, que é o valor máximo estipulado por ESB. Apesar disso, existe dificuldade, por parte das equipes, em desempenhar todas as atividades pertinentes a elas como, por exemplo, visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção e promoção à saúde, bem como reuniões com a comunidade de abrangência. Outra informação importante revela que os bebês, gestantes e idosos, nessa seqüência, são os grupos populacionais menos atendidos pelas ESBs, demonstrando que, na área de saúde bucal, ainda não se cumpriu um dos objetivos do PSF, que é estender a atenção à todas as pessoas da comunidade. Com relação aos bebês, deve-se

considerar que grande número de municípios do Estado aderiu ao Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal (Baldani et al, 2002), e possui Clínicas de Bebês para onde estes são encaminhados.

O acesso ao serviço odontológico dentro do PSF é uma das dificuldades observadas nesse estudo. Notou-se que, em 53,4% das USF, as primeiras consultas odontológicas são agendadas nas residências dos usuários, enquanto que em 75,3% destas, as consultas ainda são agendadas na própria unidade. Um outro dado interessante demonstra que 9,5% das ESB admitiram que a livre demanda é a porta de entrada para o atendimento odontológico. Outra dificuldade relatada relacionou-se ao encaminhamento dos casos de maior complexidade os quais, em 19,9% dos municípios, são solucionados pela própria equipe ou não são resolvidos.

Com relação à interdisciplinaridade, 87,6% dos dentistas relataram haver envolvimento entre a equipe odontológica e o restante da ESF. Mesmo assim, os dados indicam que essa aproximação é pequena, sendo que apenas 12,4% destes relatam reuniões semanais com toda a equipe (ESB e ESF), 42,9% relatam reuniões mensais e 25,7% realizam reuniões esporádicas. Outra informação que pode indicar a pequena aproximação entre as equipes é o fato de que apenas 29,5% das USF utilizam prontuários únicos para os pacientes.

A análise qualitativa permitiu que fossem identificados seis discursos:

- 1 O perfil do profissional os depoimentos indicaram a necessidade de que o profissional apresente um perfil adequado para o trabalho em comunidade e que seja generalista. Foi relatado que as faculdades de Odontologia não formam os profissionais com esse perfil.
- 2 A humanização da atenção aumentou bastante o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente.
- 3 Satisfação dos usuários estes adquirem confiança na ESB e passam a acolhê-la em sua residência. Também demonstram-se satisfeitos por não haver mais necessidade de enfrentar longas filas nas Unidades de Saúde.
- 4 Atendimento à demanda existem enormes dificuldades da equipe, principalmente do dentista, em atender à demanda. Apontam que a maior limitação é o tamanho da população adscrita à cada ESB, o que gera a necessidade de permanecer por muito tempo no consultório da USF, diminuindo a possibilidade de realizar outras ações pertinentes à equipe.
- 5 Relacionamento com a ESF existem dificuldades no relacionamento da ESB com o restante da equipe, principalmente com os médicos
- 6 Vontade política os recursos são limitados e existem poucos investimentos por parte dos municípios.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, B.N. et al, 2002. *Estudo comparativo das diferenças estratégicas de implantação das equipes de saúde bucal no Programa Saúde em Casa das cidades satélites de Planaltina e Santa Maria*. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>.

BALDANI, M.H.; LOPES, C.M.D.; KRIGER, L. & MATSUO, T., 2002. Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná perfil das clínicas odontológicas para bebês. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê* (no prelo).

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA / SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000. Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 34 (3): 316-319.

IBGE, 2000. *Acesso e utilização dos serviços de saúde PNAD 1998*. Rio de Janeiro, IBGE, 96p.

LEFEVRE, F., 2000. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educs, 138 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. *Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família*. Brasília: FUNASA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000.

PAIM, J.S., 1993. *Medicina no Brasil: de movimento ideológico a ação política* (mimeo)

RABELLO, S.B. & CORVINO, M.P.F., 2001. A inserção do CD no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia*, 58(6): 266-267.