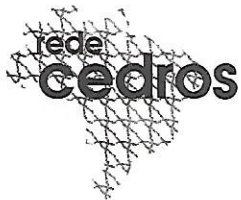




O que fazer nos municípios?



Cadernos de Saúde Bucal 1

O que fazer nos municípios ?

**GT Saúde Bucal em SILOS
Rede CEDROS • 1992**

Texto	Antônio G. F. Rosa Djalmo S. Souza Douglas A. S. Filho Eymar S. Lopes Hélio W. Uchôa José Paulo G. Toledo Paulo C. Narvai Roberto A. C. Fernandes Sylvio Gevaerd Thômaz K. Chianca
Coordenação geral	Thomaz K. Chianca
Assistente de coordenação	Cláudia Tavares
Ilustrações, capa	Claudius Ceccon
Diagramação	Cristiana Lacerda Cláudia Ceccon
Editoração eletrônica	Cristiana Lacerda
Revisão	Regina Protásio
Digitação	Marlia Areal Nogueira Roberto Brejão
Patrocínio	Fundação W. K. KELLOGG
Copyright	Rede CEDROS Caixa Postal 68026 · CEP 21941-590 Rio de Janeiro · RJ · Brasil Tel: (021) 290 1498 · Fax: (021) 290 8148

Prefácio

Este texto foi produzido pelo Grupo de Trabalho “Saúde Bucal em Sistemas Locais de Saúde”, da Rede CEDROS, com o objetivo de oferecer subsídios aos responsáveis pela condução das ações de saúde bucal no âmbito dos municípios.

O estágio atual de implantação do Sistema Único de Saúde tem revelado grandes disparidades entre as diferentes regiões do país. Neste contexto, observa-se que sem a camisa-de-força representada pelas decisões tomadas em poucos centros, o talento, a criatividade e os conhecimentos dos profissionais de saúde, envolvidos no planejamento e execução de atividades no campo da saúde bucal, vêm conseguindo avanços significativos em muitos municípios.

Há casos, porém, em que os responsáveis por ações neste campo defrontam-se com enormes dificuldades até mesmo para compreender a natureza e magnitude dos problemas a enfrentar.

Este texto, dirigido aos que sentem essas dificuldades, pretende contribuir para o esclarecimento de questões que julgamos relevantes. Seu conteúdo está dividido em duas partes. Inicialmente é feita uma caracterização do Sistema Único de Saúde, destacando o papel dos sistemas locais de saúde - SILOS - neste processo. A segunda parte trata dos aspectos relativos à organização da atenção à saúde bucal nos municípios.

Reiterando que a intenção deste trabalho é subsidiar a discussão para o encaminhamento das questões referentes à saúde bucal nos SILOS, julgamos fundamental a consulta de bibliografia pertinente, bem como buscar assessoria e apoio junto aos diversos níveis de gerência do SUS (Secretarias Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde) e outras instituições de ensino e/ou pesquisas.

Esperamos que nosso propósito seja atingido, para que possamos, todos os brasileiros, superar o paradoxo de sermos, ao mesmo tempo, conhecidos tristemente como “o país dos desdentados” e como o alegre “país do carnaval”, com um povo sorridente.

São Pedro (SP), 23 de outubro de 1992.

Apresentação

É com imensa satisfação que a **Rede CEDROS** dá início a sua série de publicações sobre importantes aspectos da área de saúde bucal em nosso país.

Estas publicações são produto dos diferentes Grupos de Trabalho (GTs) da Rede, estruturados à partir de linhas específicas de ação. Os GTs preocupam-se em contribuir com o desenvolvimento de modelos de soluções para os principais problemas ligados à saúde bucal da população.

Este primeiro trabalho, realizado pelo **GT Saúde Bucal em Sistemas Locais de Saúde**, aborda questões fundamentais para a organização e implementação das ações de saúde bucal nos diversos municípios brasileiros.

A **Rede CEDROS** agradece especialmente a todos os profissionais envolvidos na elaboração deste trabalho, à Coordenação de Programas Integrados de Pesquisa e Desenvolvimento da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por proporcionar a infraestrutura para o funcionamento do secretariado executivo da Rede, e à Fundação Kellogg, pelo apoio financeiro.

Roberto B. C. Vianna
Coordenador
Rede CEDROS

Mário M. Chaves
Consultor
Rede CEDROS

Thomaz K. Chianca
Secretário Executivo
Rede CEDROS

Índice

1. Introdução	7
2. O SUS	7
2.1. A Unidade Básica de Saúde e os níveis de atenção	9
3. A Organização do Sistema Local de Saúde Bucal	10
3.1. Diagnóstico	11
3.1.1. Elementos gerais	11
3.1.2. Elementos específicos	11
3.2. O plano municipal de saúde e a saúde bucal	12
3.2.1. Ações coletivas	12
3.2.2. Ações individuais	14
3.3. A organização do processo de trabalho	15
3.4. Desenvolvimento de recursos humanos	15
3.5. Sistemas de informação	16
4. Bibliografia Sugerida	16

1. Introdução

O sistema de saúde brasileiro vem sofrendo rápidas e profundas transformações. O início da década de 80, marcada pela busca de redemocratização do país, registra, na área de saúde, a consolidação do entendimento de que saúde é a expressão da **qualidade de vida** de uma população geográfica e historicamente referenciada. A última década viu surgirem o Plano CONASP, o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), e os convênios para estruturação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), tendo assistido, ainda, a realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), da Nona CNS (1992) e a conquista, na Constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), pela sociedade civil organizada e pelos constituintes.

A possibilidade de maior participação dos poderes locais nas decisões sobre saúde é, provavelmente, a característica mais marcante desse período. **Descentralização** é o termo que traduz essa característica.

As contradições, disputas e conflitos que vêm marcando o processo de descentralização das decisões no setor de saúde não diminuem as implicações e a importância que esse processo tem na área de saúde bucal.

Não se trata mais, agora, de esperar que Brasília ou a respectiva capital estadual decidam o que cada município deve ou não deve fazer.

Pensar com o próprio cérebro sua própria realidade, identificando e organizando forças políticas capazes de dar sustentação às propostas de políticas públicas que incluam, entre seus objetivos, alterar a

situação de saúde bucal de cada comunidade: eis o desafio posto pela política àqueles que têm de tomar decisões em âmbito municipal/local.

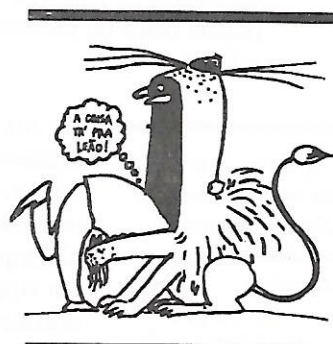
Essa possibilidade exige certamente, além de alguma capacidade de articulação, razoáveis conhecimentos científicos e tecnológicos, sob pena de perda crescente de espaço político no interior do setor saúde ou, no limite, de fracasso retumbante.

Na construção da democracia brasileira, a política tem contribuído - e muito! - para melhorar a saúde bucal dos brasileiros: descentralizando e, portanto, dividindo poderes e criando espaços para a divergência e para o questionamento ou consolidação de decisões.

Neste sentido, a criação do SUS, resultante de um processo político, teve enorme significado para a saúde bucal dos brasileiros e para a organização social da prática odontológica no país.

2. O SUS

A Constituição da República, promulgada em outubro de 1988, reconhece, no Art. 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."



Por entender que a saúde é direito de todos e dever do Estado a Constituição caracterizou (Art. 197) como sendo “de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

No Art. 198, a Constituição estabelece que as “ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem

prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.”

As competências do SUS estão definidas no Art. 200 da Constituição.

A promoção, proteção e recuperação da saúde, referida no Art. 196 da Constituição, foram regulamentadas pelo Congresso Nacional, em 19 de setembro de 1990, através da Lei Federal nº 8.080, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”.

A Lei 8.080 reconhece (Art. 3) que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a

alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” e define o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

A construção do SUS, que se traduz no processo de municipalização consoante aos princípios da Reforma Sanitária em curso no Brasil, deve avançar até a efetiva unificação dos serviços e suas instâncias gestoras, na superação do caráter assistencialista das ações curativas, na regularidade do repasse de recursos e, principalmente, no fortalecimento do setor público.

O controle social do SUS através dos Conselhos de Saúde nos vários níveis de governo, exigidos pela Lei Federal nº 8.142/90, constitui, ao lado da ampliação das redes de serviços de saúde e da municipalização, importantes avanços que precisam ser aprofundados.

Neste sentido, os municípios devem rever suas responsabilidades, garantindo a unidade da rede sob sua gestão. Para isto, alguns deverão estruturar as suas Secretarias ou Distritos de Saúde; outros aperfeiçoar as estruturas organizacionais já existentes, contemplando o setor responsável pela saúde bucal.

Fundamental neste processo é o desenvolvimento do Distrito Sanitário, com algum grau de autonomia decisória, onde se desenvolva o conjunto de ações básicas de saúde, e cujas características principais sejam: área geográfica e populacional

definida, emprego de tecnologia adequada a sua realidade epidemiológica, com unidades de saúde que sejam efetivamente porta de entrada do SUS.

2.1. A Unidade Básica de Saúde e os níveis de atenção

Falar em sistema significa identificar e compreender o papel de cada unidade diferenciada no interior desse sistema. Então é sempre oportuno lembrar que a Unidade Básica de Saúde (UBS), quase sempre vinculada ao setor público, é a unidade fundamental do SUS. O conjunto das UBS forma, como se sabe, o que se convencionou denominar rede básica de saúde, encarregada da chamada atenção primária à saúde.

Atenção primária ou básica significa atenção primeira. É esse o sentido do termo e não, como muitas vezes ouvimos, atenção de baixa qualidade para problemas simples.

A própria noção de básico ou primário, com o sentido de primeiro, supõe a existência de unidades de saúde encarregadas do que é secundário ou terciário; encarregadas portanto do que não é básico. Por isso, o conjunto das Unidades que compõem o SUS pode ser subdividido segundo o que se denomina níveis de atenção.

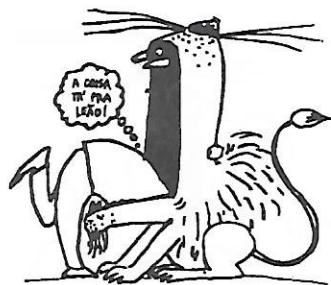
O SUS se organiza em cada região ou município, segundo as características da realidade de cada um desses locais. De modo geral os distritos sanitários (DS) ou sistemas locais de saúde (SILOS) são estruturados segundo três diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Há porém, unidades de saúde que, pelas suas características (tipos de equipamentos e tecnologia envolvida na assistência; alta especialização e

qualificação dos recursos humanos, etc.), desempenham um papel estratégico para o conjunto do SUS, recebendo pacientes de todo país e até mesmo do exterior. São os chamados centros de excelência e podem ser classificados como situando-se num quarto nível de atenção.

Pode-se resumir a caracterização dos diferentes níveis de atenção da seguinte forma:

Atenção primária - ações básicas nos campos da promoção, prevenção e assistência individual, e a prestação de serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade. Diz-se que as unidades que realizam atenção primária são a porta de entrada do SUS.

Atenção secundária - conjunto de ações com diferenciação tecnológica quanto a recursos humanos (mais especializados) e equipamentos (mais sofisticados), orientadas à resolução de problemas de saúde de maior complexidade, mas ainda em nível ambulatorial.



Atenção terciária - produção de serviços de alta complexidade, por especialistas em diferentes áreas e que, em geral, requerem internação hospitalar.

A existência de diferentes níveis de atenção no interior do SUS decorre da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis. De fato, não são necessários certos equipamentos ou certos especialistas em

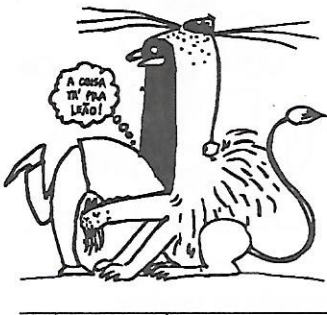
todos os lugares. Mas todas as pessoas de todos os lugares devem ter acesso a certos equipamentos e a certos especialistas sempre que precisarem deles. Assim, para que se possa assegurar acesso das pessoas aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contra-referência, através dos quais usuários são encaminhados (referência) de uma unidade de saúde para outra, em geral de níveis de atenção diferentes. Nada impede, porém, que esse encaminhamento se dê no mesmo nível de atenção. Uma vez realizado o atendimento, o usuário é encaminhado de volta (contra-referência) para a unidade de origem.

Em sistemas locais de saúde bem organizados e dirigidos, a rede básica é responsável pela resolução de mais de 70 (setenta) por cento dos problemas de saúde-doença das pessoas que procuram o SUS, desenvolvendo ainda uma série de

ações com o objetivo de evitar o aparecimento de doenças na comunidade.

O trabalho na rede básica é dos mais complexos, na medida em que, para o seu bom planejamento,

execução e obtenção de resultados satisfatórios, faz-se necessário o domínio e aplicação de conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos. O mais experiente cardiologista pode simplesmente não saber o que fazer numa UBS...



A rigor, essa exigência de aproximação com diversas áreas de conhecimento envolvidas na produção da saúde-doença, e não apenas aos seus aspectos biológicos, é feita ao conjunto dos trabalhadores de saúde que dão vida ao SUS, seja qual for o nível de atenção onde atuem.

3. A Organização do Sistema Local de Saúde Bucal

Historicamente, os serviços odontológicos públicos no Brasil construíram as suas estruturas organizacionais e práticas operacionais reproduzindo, acriticamente, os elementos da prática odontológica hegemônica, marcadamente individualizada e curativa.

Entretanto, frente ao momento político vivido pelo setor, com a implantação do SUS no país e os recentes avanços científicos, é importante entender que a sua atuação para superar os problemas de saúde bucal da população não se esgota aí.

O ponto de partida para sua reorganização deverá, obrigatoriamente, contemplar um conjunto de elementos para análise, que permita transpor as dificuldades auto-limitantes da ação odontológica, tanto qualitativa, quanto quantitativamente, até hoje desenvolvidas.

A partir daí, o coordenador municipal das ações de saúde bucal poderá desencadear, junto às representações da sociedade civil e o Conselho Municipal de Saúde, um processo de definição da política de saúde bucal local, com identidade própria, alicerçada em alianças sólidas e, obviamente, inserida no Plano Municipal de Saúde, a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, e referendado pelo Poder Executivo municipal.

3.1. Diagnóstico

O diagnóstico da situação de saúde bucal, da área geográfica para a qual se está planejando o sistema de saúde, é essencial para a definição da política de saúde bucal, e constitui-se no momento desencadeador do processo que visa o estabelecimento das estratégias e das ações a serem implementadas.

Constitui-se de elementos gerais e específicos, que deverão ser pesquisados junto ao setor saúde, bem como nas outras diversas instituições existentes no município.

Interpretá-los e avaliá-los de forma contínua, para que permaneçam adequados à realidade local, constitui tarefa fundamental do coordenador municipal de saúde bucal e sua equipe.

3.1.1. Elementos gerais

Os documentos acumulados nas instituições nos permitirão analisar dados e recuperar informações referentes aos aspectos históricos, políticos e culturais da população, indicadores econômicos e demográficos, e à situação de saneamento do município. É importante levantar os serviços existentes, o acesso que a população tem a eles (quer pela capacidade econômica, quer pela localização geográfica), bem como o que os serviços representam para a comunidade.

3.1.2. Elementos específicos

Ainda analisando os dados e informações disponíveis, é fundamental identificar os seguintes aspectos:

a) Existência de rede pública de abastecimento de água tratada à população, e qual a sua cobertura;

b) Se a água tratada é também fluoretada artificialmente, ou se já existe presença natural de flúor;

c) Qual o teor ótimo de flúor, para a região, e se existe sistema de controle que garanta esses níveis de flúor, inclusive nos pontos afastados da rede;

d) Se existe acesso da população a outros métodos sistêmicos coletivos de uso do flúor, e qual o seu controle;

e) Existência de indicadores epidemiológicos de agravos à saúde bucal e de quando datam. Não existindo dados recentes, faz-se necessária a realização de levantamento epidemiológico para que se possa dimensionar esses agravos e possibilitar o planejamento das ações necessárias para reduzi-los e controlá-los. Esse levantamento poderá contar com a assessoria de Universidades, instâncias regionais de saúde, Secretarias Estaduais e Ministério da Saúde;

f) Levantamento da capacidade instalada dos serviços odontológicos disponíveis à população, tanto públicos, filantrópicos, universitários e privados, aqui incluídos os recursos humanos disponíveis (CD, THD, ACD, TPD, TME, etc.) e os recursos físicos instalados, caracterizando o seu sistema de atendimento;

g) Serviços de atenção secundária e terciária existentes na região em sistema de referência e contra-referência para a rede básica;

O ponto de partida para sua reorganização deverá, obrigatoriamente, contemplar um conjunto de elementos para análise, que permita transpor as dificuldades auto-limitantes da ação odontológica, tanto qualitativa, quanto quantitativamente, até hoje desenvolvidas.

h) Quais grupos populacionais são atendidos e qual a capacidade de cobertura dos mesmos.

3.2. O plano municipal de saúde e a saúde bucal

A partir da análise desses diversos elementos será possível a compreensão dos principais determinantes dos problemas de saúde bucal da população.

Um amplo processo de discussão dessa análise, com as representações da sociedade, garantirá o apoio político necessário para a inclusão, no Plano

Municipal de Saúde, das necessárias ações e atividades de saúde bucal, com vistas ao adequado equacionamento de suas questões, uma vez que, além da assistência às necessidades odontológicas da população, é fundamental que se desenvolvam ações coletivas para reversão do quadro epidemiológico.

Garantir o acesso, a toda a população do município, a um método sistêmico de administração de flúor, como base do sistema de prevenção em saúde bucal.

Assim, o diagnóstico de saúde bucal deverá incorporar, além das informações técnicas, a dimensão política, representada pela valoração do papel dos diversos atores sociais envolvidos, e suas relações institucionais, e com o Conselho Municipal de Saúde, de forma a aproximar-se o mais possível da realidade a ser transformada.

Ao definir a política de saúde bucal, o Plano Municipal de Saúde deverá explicitar:

a) A concepção sobre a saúde e a doença (exclusivamente biológica, sócio-epidemiológica, etc.) adotada pelo

programa e que deve ser levada em conta para o desenvolvimento de qualquer ação, sob risco de incoerência;

b) O sistema de trabalho a ser utilizado, identificando a tecnologia para a realização da assistência odontológica, e definindo as ações coletivas em saúde bucal a serem desenvolvidas;

c) O sistema de atendimento;

d) O desenvolvimento dos recursos humanos;

e) O sistema de informações.

A seguir, estão elencadas algumas das ações e atividades a serem discutidas para inclusão no Plano Municipal de Saúde.

3.2.1. Ações coletivas

● Garantir o acesso, a toda a população do município, a um método sistêmico de administração de flúor, como base do sistema de prevenção em saúde bucal.

No Brasil, o método utilizado tem sido o da fluoretação das águas de abastecimento público existindo, inclusive, Legislação Federal a respeito, e que tem alcançado os resultados positivos esperados na prevenção da cárie dentária, nas cidades onde sua continuidade e monitoramento regular têm sido garantidos.

Com a intenção de apoiar os municípios que utilizam esta medida, no sentido de assegurar o pleno benefício à população, a Rede CEDROS, através do Grupo de Trabalho de Métodos de Massa para Prevenção da Cárie (GT Fluoretação da Água), produziu um manual de vigilância sanitária, que encontra-se disponível aos interessados.

Uma alternativa eficaz, comprovada em trabalhos desenvolvidos em diferentes países, como método de massa de prevenção de cárie, refere-se à fluoretação do sal de consumo humano. A Rede CEDROS, por intermédio do GT Métodos de Massa - Fluoretação do Sal, vem desenvolvendo estudos técnico-científicos a uma "área-índice" no país.

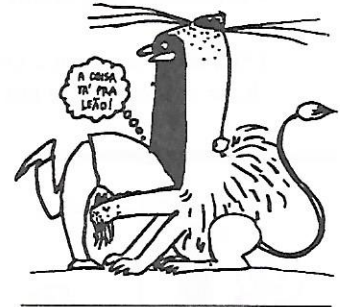
Tendo em vista ser recente a introdução deste método em nosso país, e considerando nossas peculiares condições de país continente, é importante que os municípios interessados pelo mesmo, observem alguns aspectos fundamentais para correta elaboração e implementação de seus projetos:

- a) A existência ou não de flúor natural ou agregado às águas de abastecimento público, uma vez que não pode haver superposição de métodos sistêmicos, não devendo portanto ocorrer a comercialização do sal fluoretado nas regiões ou municípios com esta característica;
- b) Observância das Legislações Federal e Estaduais vigentes, referentes ao assunto e, se necessário, discutir a elaboração de Legislação Municipal, buscando a regulamentação do método;
- c) A necessidade de implementar um sistema eficiente de monitoramento da medida, que possibilite o acompanhamento com a frequência adequada, levando em conta os seguintes aspectos:
 - Eficácia do método, através de levantamentos epidemiológicos básicos;

- Teor ótimo de flúor agregado ao produto, avaliando a taxa de excreção urinária de flúor pela população beneficiada;

- Controle de qualidade do produto comercializado, à partir de análises de amostras colhidas na indústria salineira e nos pontos de venda.

- Garantir a grupos populacionais definidos por espaços sociais (crianças de uma creche, alunos de uma escola, operários de uma fábrica, etc.), priorizados segundo a realidade local, acesso a procedimentos que integrem o sistema de prevenção (associação de métodos preven-



tivos e educativos). Tais procedimentos são chamados genericamente de "procedimentos coletivos", envolvendo uma série de atividades a serem desenvolvidas com todos os participantes de cada grupo, a partir de levantamento epidemiológico inicial:

- a) Aplicação tópica de flúor, através de bochechos semanais com solução de fluoreto de sódio a 0, 2%, com cada participante recebendo um mínimo de 25 aplicações/ano.
- b) Escovação supervisionada, incluindo evidenciação de placa bacteriana, escovação com pasta dental com flúor, uso de fio dental, com cada participante recebendo trimestralmente, escova/pasta dental com flúor.
- c) Exame clínico realizado em todos os participantes do grupo, para conhecer suas condições individuais e coletivas, e com base nisso, identificar aqueles cujas condições e necessidades identifiquem maior vulnerabilidade à cárie e gengivite.

Os participantes receberão as seguintes atividades, de acordo com suas necessidades:

- terapêutica intensiva com flúor;
- remoção de cálculos e polimento dentário;
- aplicação de selantes oclusais;
- aplicação de carióstáticos;
- remoção de raízes residuais;
- selamento temporário de cavidades (*)

(*) Tendo em vista a crescente utilização desse procedimento em programas de

saúde bucal inovadores, julgamos oportuno considerar que a inclusão desse procedimento exige a estrita observância de alguns pré-requisitos, entre os quais incluem-se: (1) a opção pelo selamento de uma

cavidade deve ter indicação clínica, portanto, com prognóstico favorável e evidência de cárie crônica; (2) as pessoas que receberem selamento, ou seus responsáveis, devem ter pleno conhecimento do caráter temporário do procedimento, entender o seu significado e concordar com a técnica; 3) em presença de cárie aguda e prognóstico desfavorável, a restauração dentária deve ser feita.

Esse conjunto de atividades deve ser sempre acompanhado de seus conteúdos educativos, sendo seus objetivos:

- controle da placa bacteriana
- aumento da resistência do esmalte dentário
- orientação da dieta
- selamento de fôssulas e cicatrículas
- remoção de fatores retentivos da placa bacteriana.

• Sempre que possível, esses procedimentos coletivos deverão ser realizados também em grupos não institucionalizados (associações comunitárias, favelas, etc.), de modo a permitir o acesso desses grupos, freqüentemente excluídos, aos métodos preventivos. Programações de saúde, definidas segundo modalidade assistencial (saúde mental por exemplo) ou por grupos populacionais (saúde da mulher, por exemplo), devem, sempre que possível, incluir conteúdos e procedimentos de saúde bucal.

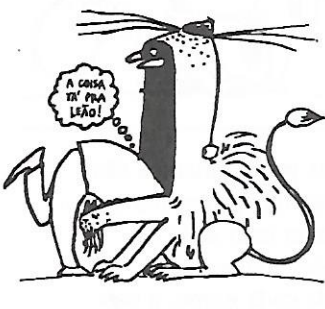
3.2.2. Ações individuais

A assistência individual deve ser oferecida à população, preferencialmente através de clínicas modulares fixas, instaladas nas unidades de saúde e/ou através de clínicas modulares transportáveis, para atendimento em instituições (creches, escolas, fábricas, etc.) em sua área de abrangência.

Neste texto, **assistência odontológica** refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos produzidos pelo setor saúde, dirigidos a consumidores doentes.

A **atenção à saúde bucal** é constituída, por outro lado, pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica, não se esgota nela, buscando manter a saúde bucal no conjunto da população. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas externamente ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer, etc.) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, orientação de dieta, controle de placa, etc.).

Com os sentidos aqui propostos, a assistência limita-se ao campo odontológico. A atenção à saúde bucal implica, por outro lado, atuar concomitantemente sobre todos



os determinantes do processo saúde-doença bucal. Isto exige da atenção uma abrangência que transcende não apenas o âmbito da odontologia, mas do próprio setor saúde, uma vez que requer a articulação e coordenação de ações multisetoriais; isto é, ações desenvolvidas no conjunto da sociedade (saneamento, educação, emprego, etc.).

As clínicas modulares, acima referidas, poderão prestar assistência odontológica básica, garantindo, no mínimo, o atendimento das urgências (dor e infecção). Os casos que necessitem de assistência mais complexa, deverão ser encaminhados para ambulatórios de especialidades (atenção secundária) ou hospitais (atenção terciária), em sistema de referência e contra-referência.

3.3. A organização do processo de trabalho

A forma como os recursos humanos e os insumos são organizados em um ambiente de trabalho é fundamental para a produção e produtividade dos serviços.

O sistema tradicional, onde em uma sala de aproximadamente 10m encontra-se uma cadeira odontológica e um cirurgião dentista que atua sozinho, é muito pouco produtivo.

Atualmente, o sistema de clínica modular, com vários equipamentos agrupados num ambiente de trabalho, onde as atividades são produzidas a quatro, seis ou oito mãos, dependendo da composição da equipe, vem sendo utilizado por várias instituições.

É importante que os serviços municipais disponham de espaços para o trabalho clínico, dotados de maior racionalidade e

que propiciem melhor aproveitamento da área física, com a instalação dos equipamentos feita segundo princípios ergonômicos.

Assim, é fundamental rever a divisão técnica do trabalho, incorporando amplamente pessoal auxiliar para atuar nas ações desenvolvidas tanto no ambiente clínico como fora dele. Desta forma, compor a equipe de saúde bucal é uma necessidade básica.

3.4. Desenvolvimento de recursos humanos

A consolidação da proposta de atenção à saúde bucal nos Sistemas Locais de Saúde, implica mudanças na prática odontológica e na prática administrativa.

Assim, os recursos humanos passam a ter importância estratégica no planejamento e implementação das ações programáticas em saúde bucal, sendo fundamental seu desenvolvimento em três níveis:

- a) Capacitação gerencial dos profissionais envolvidos nessas funções desenvolvida pelo próprio município, em articulações ou em convênios com instituições de ensino e/ou pesquisa;
- b) Treinamento dos profissionais da área no sentido de atualizá-los e aproximá-los das práticas de saúde no campo da saúde coletiva, assim como prepará-los para o trabalho em equipe;

A assistência individual deve ser oferecida à população, preferencialmente através de clínicas modulares fixas, instaladas nas unidades de saúde e/ou através de clínicas modulares transportáveis, para atendimento em instituições (creches, escolas, fábricas, etc.) em sua área de abrangência.

c) Formação de pessoal auxiliar (atendente de consultório dentário - ACD, técnico em higiene dental - THD), observando-se os requisitos estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação (Parecer 460/75). Essa formação deverá se dar preferencialmente no próprio serviço, envolvendo os cirurgiões-dentistas, de modo a possibilitar o desenvolvimento de toda a equipe.

d) O município deverá criar planos de cargos, carreiras e salários, que contemplem os componentes da equipe de saúde bucal, de modo a permitir sua evolução funcional e adequação ao mercado de trabalho.

3.5. Sistemas de informação

O município deverá utilizar, em todos os níveis do Sistema Local de Saúde, um sistema de informações que contemple a coleta, análise e armazenamento de dados sobre as ações desenvolvidas e os

atendimentos realizados, com a maior riqueza possível, no sentido de possibilitar um eficiente processo de planejamento, acompanhamento, avaliação e controle.

É necessário que esse sistema de informação do SILOS esteja capacitado a consolidar, periodicamente, um mínimo de informações compatíveis com os sistemas centrais do SUS (SIA-SUS, SIH-SUS, etc.), necessárias ao processo de repasse financeiro, bem como de controle e avaliação dos níveis Estadual e Federal.

Esse sistema de informações municipal deverá estar sintonizado com o papel que as Unidades Básicas de Saúde assumem no atual modelo de atenção à saúde, responsabilizando-se pelo desenvolvimento de todas as ações de saúde junto à comunidade. Incluem-se aí as atividades de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, bem como seu papel de "porta de entrada", inclusive coordenando a atenção à saúde bucal nos espaços sociais da área de sua abrangência (creches, pré-escolas, escolas, etc.). As informações relativas ao conjunto dessas ações deverão estar incluídas nos seus boletins.

4. Bibliografia Sugerida

- 4.1. BELLINI, H.T. Ensaio sobre programas de saúde bucal. Biblioteca Científica da ABOPREV - Fascículo 3, Maio, 1991.
- 4.2. BOTAZZO, C. Saúde Bucal Coletiva: Um Conceito em Permanente Construção. Rev. Saúde Atual, ano I, nº 1, São Paulo, Julho/1992. pp 14-23.
- 4.3. BRASIL - Ministérios da Educação & da Saúde/Fundação de Assistência ao Estudante & Divisão Nacional de Saúde Bucal. Sistema Incremental de Atenção Odontológica para Escolares. Brasília, FAE-DNSB, sdp. (Série: Educação em Saúde, Odontologia II).
- 4.4. BRASIL, Constituição/1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- 4.5. BRASIL, Ministério da Saúde. Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana, 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília. 1988.

4.6. CHAVES, M. M. Odontologia Social. 2ª ed. Editora Santos. São Paulo. 1976.

4.7. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (Primeira). Brasília, DF, 10 a 12 out. 1986. Ministério da Saúde - Universidade de Brasília. Relatório Final. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília. 1986.

4.8. CORREA, A. P. Análise Comparativa dos Efeitos de um Programa Incremental sobre a Saúde Oral de seus Beneficiários. (Dissertação de Mestrado em Odontologia Social, apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Porto Alegre. 1986.

4.9. DINIZ, Jairo. Contribuição ao Estudo do Sistema Incremental de Atendimento Odontológico. (Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia). Salvador. 1983.

4.10. DISTRITO FEDERAL (BRASIL). Secretaria de Educação e Cultura. Fundação Educacional. Programa Integrado de Saúde Escolar - PISE. GDF/SEC. Brasília. 1983.

4.11. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Programa de Reorientação da Assistência Odontológica. MPAS/CCS. Rio de Janeiro. 1983.

4.12. MARTILDES, M.L.R.; ROSA, A.G.F. & SILVA, N.N. Avaliação do Impacto de Programas Incrementais sobre a Prevalência de Cárie Dental em Escolares.. Rev. Bras. de Saúde Esc. 2 (2) : 73-8.1992.

4.13. MENDES, E. V. A Evolução Histórica da Prática Médica; suas

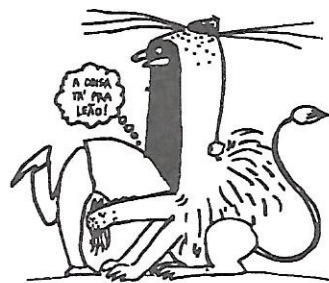
Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médica. PUC-MG/FINEP. Belo Horizonte. 1984.

4.14. MURRAY, J.J. Bases para a Prevenção de Doenças Bucais. OMS. Liv. Ed. Santos. São Paulo. 1992.

4.15. MURRAY, J.J. O uso Correto de Fluoretos em Saúde Pública. OMS. Liv. Ed. Santos. São Paulo. 1992.

4.16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal - Manual de Instruções - Terceira Edição. OMS. Liv. Ed. Santos. São Paulo. 1991.

4.17. NARVAI, P. C. Saúde Bucal: Assistência ou Atenção. (Documento elaborado para subsidiar a Oficina de Trabalho do Grupo de Trabalho Saúde Bucal/ SILOS da Rede CEDROS). Mimeo. São Paulo. Set. 1992.



4.18. PINTO, V. G. Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva. São Paulo. Ed. Santos. 1989.

4.19. ———. Saúde Bucal: Panorama Internacional. Ministério da Saúde. Brasília. 1990.

4.20. PIRES, O. M. D. A. & COVELLO, L. Comparação do Sistema Incremental com o Sistema de Ações de Natureza Coletiva no Programa de Saúde Bucal no Município de Embu. Divulgação, 6 (Rev. do 8º ENATESPO) : 44-53. 1991.

4.21. PLAMPING, D. & SHEIHAM, A.
Bases Científicas para la Prevención y el
Tratamiento Precoz de las Enfermedades
Dentales Comunes. Departamento
Conjunto de Salud Dental Comunitaria y
Practica Dental, Facultad de Medicina del
University College y Instituto de
Odontologia del Hospital de Londres.
Monograph Series. Nº 2. 1990.

4.22. ROSA, A. G. F. Análise da Preva-
lência da Cárie Dental em Escolares de 7 a
14 anos, matriculados nas Escolas Muni-
cipais de São José dos Campos, SP, em
1979, 1985 e 1991. RGO.40 (2): 110-m4.
1992.

Os autores

Antônio Galvão Fortuna Rosa

Professor Doutor do Departamento de Prática de Saúde Pública-Odontologia da Faculdade de Saúde Pública · Universidade de São Paulo

Djalmo Sanzi Souza

Companhia Estadual de Energia Elétrica do Rio Grande do Sul
Consultor da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde

Douglas A. Schneider Filho

Cirurgião-dentista Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Eymar Sampaio Lopes

Diretor da Faculdade de Odontologia de Baurú · Universidade de São Paulo
Professor titular do Departamento de Odontologia Social

Hélio Wanderley Uchôa

Professor titular de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

José Paulo Gouveia de Toledo

Assistente técnico de Direção III da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Paulo Capel Narvai

Cirurgião-dentista Sanitarista do Departamento de Prática de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Roberto Augusto Castellanos Fernandes

Professor Doutor do Departamento de Prática de Saúde Pública-Odontologia da Faculdade de Saúde Pública · Universidade de São Paulo

Sylvio Gevaerd

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva de Paraná · Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Thomaz Kauark Chianca

Cirurgião-dentista da Coordenação de Programas Integrados em Pesquisa e Desenvolvimento da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Publicações da Rede Cedros

Cadernos de Saúde Bucal 1: O que fazer nos municípios?

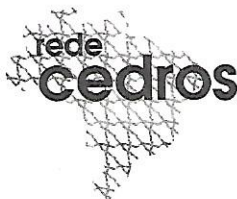
Cadernos de Saúde Bucal 2: Fluoretação da água - Como fazer a vigilância sanitária

Cadernos de Saúde Bucal 3: AIDS - Manual sobre manifestações bucais e controle de infecção

*Material digitalizado em abril de 2019 sob
responsabilidade do CECOL/USP a partir de original gentilmente cedido
pelo Prof. Dr. Paulo Capel Narvai, da Faculdade de Saúde Pública (FSP)
da Universidade de São Paulo (USP).*



**Centro Colaborador do Ministério da
Saúde em Vigilância da Saúde Bucal
CECOL/USP**



A **Rede CEDROS** - Rede para Cooperação em Estudos e Desenvolvimento de Recursos Odontológicos para o Setor Saúde - é uma rede formada por indivíduos em instituições, ou no exercício privado da Odontologia, com o objetivo comum de contribuir para a solução de problemas ligados à saúde bucal da população.

Neste sentido a Rede procura tornar-se um elo entre a profissão organizada - representada por seus conselhos, associações e sociedades -, os serviços e instituições acadêmicas dedicadas ao ensino e à pesquisa.

A Rede tem como núcleo básico para seu funcionamento, **Grupos de Trabalho (GTs)**, que estão organizados à partir de **Linhas de Trabalho (LTs)** específicas, relacionadas a cinco grandes áreas da Saúde Bucal: Epidemiologia; Prevenção; Tecnologias Curativo-restauradoras; Desenvolvimento de Recursos Humanos; e Desenvolvimento de Tecnologias de Planejamento e Gerência para os Sistemas Locais de Saúde e para o Sistema Único de Saúde.

Estas cinco áreas maiores compõem o **ideário da Rede**, que parte das necessidades da população com base epidemiológica para, através de etapas sucessivas de desenvolvimento de métodos preventivos, curativo-restauradores e de formação de recursos humanos, chegar ao componente odontológico do sistema de saúde, contribuindo na formulação de políticas para a saúde bucal.

Os GTs, em sua organização e desenvolvimento, recebem suporte das Coordenações Estaduais ou Regionais - **Nodos de Desenvolvimento da Rede** - e dos **Sistemas de Apoio** formado por pessoas ou grupos, que trabalham em áreas de interesse comum a todos os GTs, como Epidemiologia, Avaliação, Informação Bibliográfica e outras.

Como uma Rede holística e aberta, os mecanismos de entrada só demandam a apresentação, por parte do interessado, de um trabalho efetivo de pesquisa e desenvolvimento em uma das LTs da Rede.

O trabalho da Rede teve início no ano de 1990, a partir de apoio financeiro recebido da Fundação Kellogg.

Maiores informações sobre a **Rede CEDROS** podem ser obtidas através de seu Secretariado Executivo que está situado no Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para Pesquisa e Promoção de Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Caixa Postal 68026, CEP: 21941-590, Rio de Janeiro. Tel:(021)290-1498 Fax:(021) 290-8148