

Saúde Bucal no Contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará*

Mary-Anne Vasconcelos FARIAS^a, Escolástica Rejane Ferreira MOURA^b

^aCirurgiã-dentista, Especialista em Saúde da Família, Integrante de Equipe do Programa Saúde da Família, Iracema - CE

^bAssessora Técnica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
60010-280 Fortaleza - CE

FARIAS, M.-A.V.; MOURA, E.R.F. Buccal health in the FHP context in the city of Iracema, CE. *Rev. Odontol. UNESP*, v. 32, n. 2, p. 131-137, jul./dez. 2003.

Resumo: O presente estudo teve por objetivo identificar os benefícios e obstáculos relacionados à implementação de ações de saúde bucal no município de Iracema-CE, sob a perspectiva do Programa Saúde da Família (PSF), e realizar uma análise comparativa das ações de saúde bucal oferecidas nos anos de 1998 e 2001. Os dados foram coletados em junho e julho de 2002, pelas técnicas de análise documental e de observação participante, com registro em diário de campo. Os resultados demonstraram que o PSF traz benefícios significativos à saúde bucal da população na medida em que a inserção do cirurgião-dentista na equipe do Programa proporciona maior abrangência das ações voltadas para a promoção e prevenção, priorizando as atividades coletivas e o atendimento aos grupos específicos, com enfoque de risco. Como obstáculos, foram identificados tabus que afastam as gestantes do tratamento odontológico; maior expectativa da população voltada às práticas curativas; insuficiência de serviços especializados, gerando excessiva demanda reprimida; e a ausência de técnico em higiene dental (THD) na equipe de saúde bucal. Os números de procedimentos odontológicos oferecidos em 2001 foram todos superiores aos números daqueles oferecidos em 1998, sinalizando para uma melhor cobertura da população por ações de saúde bucal. Concluiu-se que a saúde bucal no universo estudado está sendo consolidada em conformidade com a proposta do PSF, o que permite desenvolver ações de cunho coletivo, mais abrangentes, envolvendo indivíduos e famílias, e com enfoque de risco.

Palavras-chave: Saúde bucal; cuidados primários de saúde; programa saúde da família.

Abstract: The recent study has as an objective to identify the benefits and obstacles related to the buccal health actions implementation in the city of Iracema-CE, the perspective of the Family's Health Program (FHP) and to accomplish a comparative analysis of the buccal health actions offered in the years of 1998 and 2001. The data had been collected in June and July of 2002, through the technique of documental analysis and participant comment, with register in daily field. The results had demonstrated that the FHP brings significant benefits to the population's buccal health, in so far as, the insertion of the Surgeon-dentist in the Program's team provides greater inclusion of the actions turned back to the promotion and prevention, prioritizing the collective activities and the attendance to specific groups, with risk approach. As obstacles, taboos had been identified that move away the pregnant from the dentistry treatment, bigger expectation of the population directed to the curative practices; insufficiency of specialized services, generating extreme restrained demand; and the absence of dental technician hygiene (DTH) in the buccal health team. The number of dentistry procedures offered in 2001 had been all superiors to the number of those offered in 1998, signaling for a better population covering by buccal health actions. The conclusion is that the buccal health in the universe studied is being consolidated in compliance with the proposal of the FHP, what it allows to develop actions of collective matrix, more including, involving individuals and families, and with approach of risk.

Keywords: Buccal health; health's primary cares; family's program health.

* Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Comunitária da UECE para obtenção do Título de Especialização em Saúde da Família.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro transitou do sanitário campanhista para o modelo médico assistencial privatista, chegando ao projeto neoliberal dos anos 80. Porém, somente nos anos 90, quando o país passou por uma grave crise econômica e política, é que surgiu o movimento por uma reforma sanitária¹⁴.

Nesse contexto, as Conferências Nacionais de Saúde trouxeram propostas importantes à melhoria da saúde da população. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi considerada um marco no processo de democratização e modernização, no âmbito político e institucional, visando proporcionar aos cidadãos a saúde como um direito universal. Já a IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, propôs a municipalização como caminho para o Sistema Único de Saúde (SUS). Como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (ainda em 1986), evento que caracterizou a prática odontológica brasileira vigente como ineficiente e ineficaz⁹. A partir de então, a Odontologia começou a obter destaque nos fóruns nacionais de debate sobre a situação de saúde no Brasil. Fato comprobatório disso foi à ênfase dada à questão saúde bucal versus cidadania durante a II Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada em setembro de 1993¹⁰.

De acordo com a regulamentação da Constituição Federal de 1988 e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) em 1990, ficaram estabelecidas como diretrizes do SUS a universalidade do acesso aos serviços, a descentralização político-administrativa, a integralidade da assistência, a participação da comunidade e a ênfase à regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Portanto, foi nesse cenário, que o Programa Saúde da Família (PSF), representando uma importante estratégia de reestruturação das práticas de atenção à saúde da população, foi lançado, em 1994, como um modelo de saúde sintonizado com os princípios de territorialização, intersetorialidade, controle social e abordagem multiprofissional¹⁹. O Ministério da Saúde descreve que o Programa foi oferecido com base no enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença e na integralidade da atenção para com a saúde, com ênfase na promoção e prevenção, sem descuidar-se das ações de diagnóstico precoce e tratamento dos agravos. O planejamento das ações no PSF é orientado à realidade local, visando à melhoria progressiva das condições da saúde e da qualidade de vida da população¹¹.

No que diz respeito à saúde bucal do ponto de vista do Programa da Saúde da Família, observou-se que este devia ser organizado de forma a também estabelecer uma relação nova com a comunidade, baseada na atenção, na confiança e no respeito. E, assim, os cirurgiões-dentistas passaram a ser vistos como profissionais que podem desempenhar um

papel decisivo nos bons resultados do PSF, vindo a fazer parte da equipe a partir de 2000².

O PSF ganhou prioridade no Ceará⁶, onde chegou em maio de 2002, com 1.382 equipes cadastradas e 1.070 equipes funcionando nos 184 municípios do Estado. A saúde bucal despontou com 452 equipes cadastradas e 375 equipes em funcionamento. Sendo a população do referido Estado de 7.546.619 habitantes e cada equipe do PSF responsável pelo acompanhamento de 600 a 1.000 famílias, é possível verificar que há 49% de cobertura, dos quais 34% incluem a equipe de saúde bucal. Portanto, a partir de 1994, a iniciativa do PSF vem exercendo um importante papel no sentido de alterar o modelo tradicional de assistência odontológica do Ceará. Neste sentido, a Secretaria da Saúde do Estado, em cooperação técnica com os municípios, iniciou um processo de mudança do modelo vigente de atenção à saúde bucal, possibilitando a caminhada em direção à implantação do SUS.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2002)¹⁶ determinou, como responsabilidade da atenção básica ampliada na área da saúde bucal, a prevenção e o tratamento de problemas odontológicos, prioritariamente, na população de zero a 14 anos e de gestantes; o cadastramento de usuários; o atendimento à urgência. Tais exigências devem ser cumpridas através do desenvolvimento das seguintes atividades: procedimentos coletivos, levantamento epidemiológico, escovação e evidênciação de placa, bochecho com flúor, educação em saúde, alimentação e análise do sistema de informação e consulta odontológica.

Considerando o exposto, foram levantados os seguintes questionamentos: Quais os benefícios do PSF às ações de saúde bucal? Quais as dificuldades à implementação das ações de saúde bucal no PSF? O que muda nas ações de saúde bucal com o PSF? Diante dessas inquietações, decidiu-se pela realização do presente estudo que teve por objetivo identificar os benefícios e obstáculos relacionados à implementação das ações de saúde bucal no município de Iracema-CE, sob a perspectiva do PSF, e realizar uma análise comparativa das ações de saúde bucal oferecidas nos anos de 1998 e 2001.

Importante ressaltar que, a partir da municipalização e implantação do PSF, nenhum estudo foi realizado no referido município tendo em vista avaliar as mudanças ocorridas na área de saúde bucal.

Material e método

Trata-se de estudo descritivo, realizado no município de Iracema-CE. Os dados foram coletados em junho e julho de 2002 pelas técnicas de análise documental e de observação participante. A análise documental incluiu a leitura do Relatório de Gestão 2001¹¹, do Plano Municipal de Saúde 2001-2004¹² e de outros pequenos informes das Secretarias

de Saúde e Educação do referido município. Foram também analisadas informações das ações de saúde bucal constantes no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

A observação participante foi utilizada com a finalidade de registrar informações a respeito da dinâmica das atividades de saúde bucal realizadas. Esta técnica de coleta de dados é descrita¹⁷ como sendo uma oportunidade para o pesquisador participar do funcionamento do grupo ou instituição investigada. (...) o pesquisador mantém um elevado grau de contato e envolvimento com os sujeitos da pesquisa; ele penetra em um grupo ou ambiente social e compartilha suas experiências. Dessa forma, esta etapa da pesquisa foi facilitada pelo fato de uma das pesquisadoras ser integrante de equipe do PSF do universo da pesquisa.

Pela análise documental, foram levantados dados referentes à estrutura e organização dos serviços de saúde bucal, prioritariamente. Pela observação foram levantadas informações a respeito das ações de saúde bucal desenvolvidas, de sua funcionalidade e dos aspectos mais operacionais.

Os resultados foram organizados em três categorias: a) Atenção à saúde bucal do município de Iracema - CE - 1998; b) Atenção à saúde bucal do município de Iracema - CE - 2001; c) Análise comparativa de procedimentos odontológicos realizados em 1998 e 2001. Estão apresentados sob a forma de narrativa e em gráficos, seguidos das respectivas análises.

Resultado e discussão

A) Atenção à Saúde Bucal do Município de Iracema - CE 1998

O sistema de saúde do município de Iracema, em 1998, prestava serviços primários, assistindo somente por demanda espontânea, ou seja, não havia programação de atendimento. As ações de promoção de saúde e prevenção de doenças não tinham o enfoque merecido e o grau de resolubilidade das ações curativas era limitado, havendo duplicidade e paralelismo de ações, ocasionando desperdícios de recursos humanos e financeiros. A centralização administrativa e financeira dificultava a adequada aplicação do Fundo Municipal de Saúde. O sistema de informação em saúde não era municipalizado, o que dificultava o diagnóstico e conseqüentemente o planejamento das ações e o Conselho Municipal de Saúde não tinha sua participação efetiva na tomada de decisão.

As atividades de saúde bucal resumiam-se a execução de procedimentos de dentística restauradora, exodontia e poucas atividades preventivas, de maneira desarticulada e voltada, prioritariamente, para a demanda espontânea. Caracterizavam-se como uma atividade assistencialista, que enfatizava o atendimento individual em detrimento das ações coletivas e de promoção à saúde. Na área de prevenção,

eram realizadas atividades de fluoroterapia intensiva em apenas uma escola, demonstrando uma baixa cobertura.

Observa-se, pelo exposto, que a realidade dos serviços de saúde bucal em Iracema, no referido período, se mostrava similar à realidade nacional constatada em 1996, quando o modelo de saúde bucal vigente foi caracterizado como de limitada capacidade de resposta, ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o País, individualista, de baixo impacto social, estando desconectado da epidemiologia da nação^{5,8}.

B) Atenção à Saúde Bucal do Município de Iracema - CE 2001

Em março de 2001, foi realizada uma oficina de territorialização, ficando o município em estudo dividido em quatro áreas adstritas de funcionamento do PSF: Sede I, Bastiões, Ema e Sede II, com co-responsabilidade pela saúde de 792, 530, 717 e 1.171 famílias respectivamente. No mesmo ano, o gestor municipal oficializou a implantação das equipes de saúde bucal na oportunidade da implantação do PSF, sendo contratado um odontólogo. Este juntamente com os odontólogos que já atuavam no município de Iracema foram orientados para trabalhar em conformidade com as diretrizes do PSF. A referida orientação foi realizada coletivamente com esses profissionais durante uma oficina promovida pela Secretaria de Saúde do Município. Esta iniciativa manteve sua continuidade através de reuniões semanais que possibilitaram traçar as estratégias a serem desenvolvidas no campo da saúde bucal.

A equipe identificou os problemas acumulados de saúde bucal da população, indicou linhas de intervenções e levou, ao gestor municipal um diagnóstico dos recursos humanos e da infra-estrutura, apresentando a necessidade de compra de consultório, pinturas e instalações, necessários à implantação do Programa de Saúde Bucal, como primeira etapa da reorganização do serviço. Foi também estabelecida a estratégia de ampliação das ações em saúde bucal coletiva, enfatizando as ações de promoção, prevenção e controle das doenças bucais, na tentativa de melhorar a funcionalidade do serviço odontológico, priorizando os grupos de risco. Portanto, percebe-se que o processo de implantação das equipes de saúde bucal em Iracema seguiu os passos orientados pelo Modelo PSF de se estabelecer, em princípio, o levantamento das necessidades locais, seguido do planejamento e execução de atividades².

No que diz respeito às ações coletivas, a equipe de saúde bucal apresentou um plano de ação para os diretores de cinco escolas públicas, ressaltando a importância das atividades preventivas. Foram estabelecidas parcerias, sendo indicado um funcionário de cada escola como elo entre os dois setores (saúde e educação), e que iria participar, inclusive, das atividades de aplicação do fluoreto de sódio 0,2% (bochechos semanais). Pais e mestres puderam participar

de sessões educativas no ambiente escolar, durante as quais eram utilizados recursos de apoio audiovisual, como cartazes explicativos e vídeos. A equipe de saúde bucal entendia ser importante o envolvimento familiar e escolar nessas atividades, para que os membros dessas instituições fossem multiplicadores das mensagens informativas. Ainda como parte das ações coletivas, eram realizadas evidenciação de placa, escovação supervisionada e aplicação de flúor.

As gestantes foram priorizadas na atenção à saúde bucal, decisão que beneficia mãe e conceito. Este grupo passou a receber atendimento em dentística restauradora, exodontia, orientações voltadas aos cuidados de higienização oral do bebê e sobre a importância do acompanhamento da criança pelo cirurgião-dentista, escovação correta, incentivo para o aleitamento materno e orientação dietética isenta de elementos cariogênicos como açúcar, achocolatados, farinhas, mel, melado, etc. Acreditamos que essas medidas promovam a preparação da mãe para adotar comportamentos saudáveis à saúde bucal, incluindo os cuidados voltados ao futuro bebê.

Outro grupo priorizado foi o dos deficientes físicos, uma vez que, nas várias condições de deficiência, as intercorrências da saúde dentária parecem ser mais severas, pois a própria deficiência, dependendo do caso, se mostra como uma barreira a mais ao acesso aos serviços. No tratamento de deficientes, a equipe odontológica, muitas vezes, é apenas uma das muitas ao redor da criança e de sua família. Além do conhecimento do tratamento dentário especial, é importante saber lidar com os problemas de saúde geral associados a certas condições que causam reações à deficiência e mutilação, aspectos importantes para o atendimento do odontólogo. Dessa forma, o planejamento de ações num grupo multiprofissional é desejável¹³, pois irá incluir discussões quanto às atitudes adequadas para lidar com indivíduos em situações especiais, o que irá auxiliar os profissionais envolvidos.

Na organização do atendimento da demanda espontânea, foi encontrado o maior desafio, uma vez que a triagem vinha sendo realizada por pessoas da Secretaria de Ação Social. O fato foi discutido em reunião com a coordenação local do PSF que, reconhecendo ser o cirurgião-dentista o profissional habilitado para realizar tal procedimento, decidiu que a atividade passaria a ser realizada por esse profissional.

Benefícios e obstáculos à implementação das equipes de saúde bucal

O envolvimento de diretores e corpo de funcionários dos colégios, a partir de uma mobilização promovida pela coordenação municipal de saúde bucal em cooperação com os dentistas que passaram a fazer parte do PSF, facilitou à execução das atividades coletivas com escolares. Essa rela-

ção estabelecida entre cirurgiões-dentistas e escolares facilitou o acesso destes ao atendimento clínico. Com relação às dificuldades, foram verificados os seguintes fatores: evasão escolar, principalmente no início do ano devido às chuvas e viroses do período; baixo compromisso de alguns aplicadores de fluoreto de sódio 0,2%, implicando na perda de continuidade da medida; supervisão insuficiente da aplicação do fluoreto de sódio 0,2%; demanda reprimida para o atendimento clínico das escolas, impossibilitando a universalização do atendimento clínico aos escolares necessitados desse tipo de intervenção.

Em relação à atenção às gestantes, destacou-se a efetiva participação dessa população-alvo nas atividades oferecidas; o envolvimento dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, categorias profissionais que anteriormente não se envolviam com as atividades de saúde bucal; a integração e a motivação dos cirurgiões-dentistas com a proposta do PSF; e a vontade e determinação política do secretário municipal de saúde para que a estratégia fosse implementada. Como obstáculos, ressaltamos os tabus manifestados por parte de algumas gestantes com relação ao tratamento odontológico. Parte dessa população apresentava temores em relação ao uso de anestésico, ao risco de hemorragia após uma exodontia ou simplesmente acreditava que o tratamento odontológico “faz mal à criança”. Esses valores culturais precisam ser identificados e cuidadosamente corrigidos na comunidade, para que as mulheres grávidas participem com segurança das ações de saúde bucal que lhes são oferecidas.

De um modo geral, identificamos, como avanços, a melhoria da capacidade instalada e a ampliação do número de cirurgiões-dentistas; a mudança de enfoque das ações odontológicas (orientados à promoção e prevenção); melhoria de acesso da população em geral e, em particular, dos grupos priorizados às ações de saúde bucal; trabalho estruturado a partir da demanda priorizada por enfoque de risco, programada para escolares, gestantes e deficientes físicos; desenvolvimento de ações de saúde bucal de baixo custo, direcionadas ao indivíduo como uma unidade isolada, porém considerando-o como membro de uma comunidade; desenvolvimento de trabalhos em equipe.

Podemos descrever, ainda, os seguintes obstáculos: maior valorização dada às práticas odontológicas curativas, por parte da população; a insuficiência de serviços especializados gerando excessiva demanda reprimida; a ausência de técnico em higiene dental (THD) na equipe de saúde bucal. Ademais, observamos que o desempenho profissional dos cirurgiões-dentistas que atuavam no município de Iracema estava bastante centralizado no modelo curativo e individualizado, dificultando o trabalho orientado ao paradigma da promoção da saúde e de vigilância à saúde. Essa constatação parece manter uma relação com a formação dos cirurgiões-dentistas em época anterior às reformas sanitária e univer-

sitária. Os currículos necessitam estar adequados ao atual sistema de saúde, fato comum às demais profissões da saúde. E aqueles profissionais que tiveram uma formação anterior precisam atualizar seus conhecimentos e se mobilizar para um novo enfoque de atuação, centrado no coletivo, na promoção e prevenção, prioritariamente. Neste aspecto, o Conselho Federal de Odontologia⁷ vem corroborar ao afirmar que uma das razões da discrepância do progresso técnico e científico da Odontologia brasileira e do nível de saúde bucal dos brasileiros é a formação e capacitação inadequada dos recursos humanos, que não incorporam habilidades para o trabalho em nível comunitário, mas que deveriam buscar resgatar a cidadania dos indivíduos, com o objetivo de construir um modelo de atenção integral.

Outras necessidades de mudanças foram diagnosticadas, as quais mereceriam atenção por parte do sistema de saúde, tais como a integração efetiva do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal, a criação de um atendimento clínico noturno e de um sistema de atendimento, para os casos de emergência.

C) Análise Comparativa 1998 - 2001

A Figura 1 demonstra que, em 1998, foram realizadas 806 aplicações tópicas de flúor, 134 atividades de controle da placa bacteriana e nenhuma aplicação de selante. Já em 2002 foram realizadas 3.110 aplicações de flúor, 1.336 atividades de controle da placa bacteriana e 30 aplicações de selante por dente. Observa-se que houve um aumento significativo no número de procedimentos odontológicos realizados em 2001 com relação a aqueles realizados em 1998.

Os incrementos de 72% na aplicação tópica de flúor e 82% na realização de atividades de controle da placa bacteriana em 2001, quando comparados aos de 1998, foram conseqüentes às atividades desenvolvidas nas escolas, de forma sistemática e abrangente, considerando a participação dos profissionais envolvidos com a saúde bucal do município e ressaltando a participação dos funcionários das escolas, resultado da parceria estabelecida com a Secretaria de Saúde e Educação, guiada pelo princípio de intersectorialidade orientado pelo PSF. A compra de um fotopolimerizador foi o fator decisivo para a introdução da atividade de aplicação de selante em 2002, procedimento que possibilitou atender crianças com dentições mistas, com dentes decíduos e dentes permanentes.

Esses dados revelam um avanço no combate à cárie no município pesquisado, o que também se confirma no âmbito nacional, principalmente no que se refere à severidade da cárie e da doença periodontal¹⁸. As razões, embora ainda não suficientemente dimensionadas, estão no aumento da exposição ao flúor, nas águas de abastecimento público e nos dentífricos, bem como no uso de bens de serviço de saúde, em especial os programas coletivos de saúde bucal, demonstrando que medidas de promoção e prevenção são

efetivas na redução dos danos. A adição do selamento em Iracema, por exemplo, é um procedimento importante na prevenção de cárie, pois isola o dente da cavidade bucal, protegendo-o do ataque de bactérias. Entretanto, esses cuidados permanecem como um desafio para o Brasil, Estados e Municípios nos próximos anos, uma vez que a meta fixada pela OMS, a ser alcançada até 2010 é menos de uma cárie por criança. Isso significa que o País terá de reduzir a um terço a incidência atual do problema, que é 3,06 cáries por criança⁴.

Um aspecto importante a ser destacado neste contexto é o da necessidade do aumento da oferta de água fluoretada, pois apenas 30% da população brasileira recebem esse benefício¹³. A passividade e a apatia da classe odontológica brasileira quanto à exigência do amparo da Lei 6.050/74, que determina a obrigatoriedade da fluoretação, são consideradas eticamente questionáveis⁸. Um autor¹⁵ também chama a atenção para que as equipes de saúde da família intensifiquem nos conteúdos educativos a importância da redução do consumo de açúcar, uma vez que o brasileiro consome, em média, 150 g de açúcar por dia, enquanto a OMS recomenda um consumo médio de apenas 40 g. Essa alta ingestão de açúcar representa a principal ameaça à integridade dos dentes em nosso meio, merecendo ser tratada com mais rigor, pois, inclusive, alimentos e produtos cariogênicos devem conter no rótulo essa advertência e devem estar fora da merenda escolar. Portanto, a população precisa receber essas informações e participar do processo de monitoração e controle dos seus direitos.

A Figura 2 mostra que no ano de 1998 foram realizadas 831 consultas, 74 restaurações e 1.032 exodontias. Com relação ao ano de 2001, foram registradas 2.351 consultas, 317 restaurações e 2.088 exodontias.

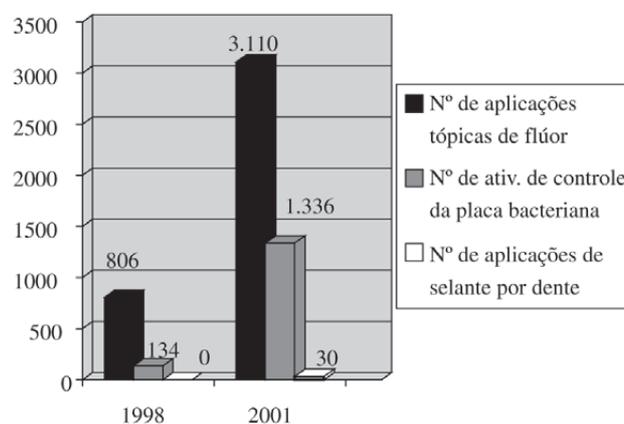


Figura 1. Procedimentos preventivos realizados em saúde bucal - 1998 e 2001. Iracema-CE, 2002.

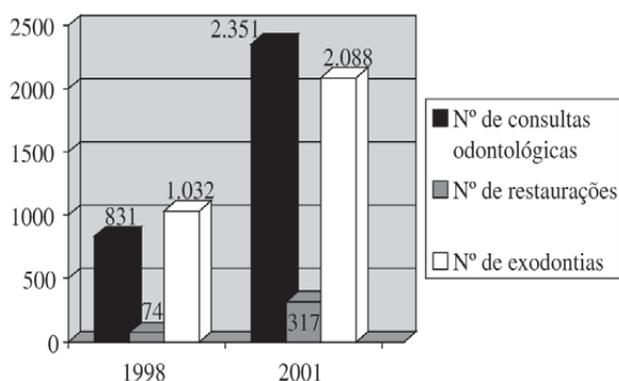


Figura 2. Procedimentos curativos realizados em saúde bucal - 1998 e 2001. Iracema-CE, 2002.

O número de consultas odontológicas em 2001 aumentou 48% com relação a 1998. Este aumento significativo deveu-se, em grande parte, à aquisição de mais um cirurgião-dentista para o município, bem como ao fato de que aqueles que já trabalhavam no município terem se incorporado às equipes de saúde bucal, havendo uma reorganização na oferta dos serviços.

O incremento no número de restaurações realizadas em 2001 foi de 58% quando comparado a 1998, o que pode ser atribuído ao melhor acesso da população ao serviço de atendimento clínico em saúde bucal em virtude da melhor distribuição dos profissionais e das condições favoráveis de trabalho, conquistadas através da reorganização dos serviços e da aquisição de insumos necessários. Ressalta-se que a restauração é um procedimento curativo, ainda bastante necessário, uma vez que no universo estudado há déficit nas medidas de promoção e prevenção. O número de exodontias efetuadas também aumentou em 34% em 2001 quando comparado ao de 1998. Esse aumento ocorreu em virtude da melhoria de acesso da população ao serviço, da melhor conscientização das pessoas quanto aos aspectos da saúde bucal e do melhor esclarecimento para a retirada de focos de infecção. Espera-se que, à medida que as ações de promoção e prevenção forem se tornando mais intensas e contínuas, as práticas curativas diminuam.

A predominância dos agravos na área da saúde bucal, de controle restaurador e curativo, constatada em Iracema também se repetia no País, visto que a cada quatro brasileiros com 60 anos ou mais, três eram desdentados. Destes, 40% não usavam prótese dentária e os 60% restantes usavam prótese mal-adaptada que podem causar desde desconforto, problemas de fala e respiração até o câncer de boca⁴.

Conclusão

Concluiu-se que a saúde bucal no universo estudado está sendo consolidada em conformidade com a proposta do PSF,

o que permite desenvolver ações de cunho coletivo, mais abrangentes, envolvendo indivíduos e famílias, e com enfoque de risco. Portanto, o PSF traz benefícios à saúde bucal da população, proporcionando uma inversão no modelo de assistência à saúde, impulsionando a priorização de ações de promoção e prevenção em detrimento das ações restauradoras e curativas.

No decorrer da implantação do novo modelo de atenção, foram verificados alguns obstáculos, tais como: a existência de tabus que afastam as gestantes do tratamento odontológico; maior expectativa da população voltada às práticas curativas; insuficiência de serviços especializados, gerando excessiva demanda reprimida; e a ausência de técnico em higiene dental (THD) na equipe de saúde bucal. Ademais, observou-se que os cirurgiões-dentistas se encontravam atrelados ao modelo tradicional, curativo, mas que, imbuídos na nova proposta do PSF, parecem cômicos do novo papel a desempenharem.

Os números de procedimentos odontológicos oferecidos em 2001 foram todos superiores aos números daqueles oferecidos em 1998, sinalizando para uma melhor cobertura da população por ações de saúde bucal. Estes procedimentos incluem: número de aplicações tópicas de flúor, de atividades de controle da placa bacteriana, de aplicações de selante por dente, de consultas odontológicas, de restaurações e de exodontias.

Descrever a saúde bucal no município de Iracema fez evidenciar que, apesar das deficiências e contradições, é possível a efetivação do modelo PSF, ainda que de maneira parcial e morosa por implicar no enfrentamento de situações complexas, exigindo intervenção intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar. Mesmo assim, compreende-se ser uma estratégia necessária e pertinente.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para representação do modelo assistencial.** Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família.** Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família: equipes de saúde bucal.** Brasília: MS, 2002. 24 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe saúde bucal: ministério elabora diagnóstico de saúde bucal.** Brasília: MS, 2003.
- CEARÁ (Estado). Conselho Regional de Odontologia. Entrevista. **Jornal CRO**, Fortaleza, v. 11, n. 30, p. 6, abr./maio 1997.
- CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde (SES-CE). **Relatório técnico apresentado ao DETEC/DIS com vistas a apreciação e composição do conjunto de informações disponibilizadas em suportes à solicitação**

- objeto do Proc. 97165243-0.** Fortaleza: SES-CE, 1998.
7. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **I Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 1986. 13 p. Relatório final.
 8. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **II Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 1993. 27 p. Relatório final.
 9. FREITAS, S.F.T. Políticas de formação de recursos humanos ou programas comunitários de saúde bucal. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 1, p. 43-46, 1993.
 10. GARRAFA, V.; MOYSES, S.J. Odontologia brasileira, tecnicamente elogiável, cientificamente discentível, socialmente caótica. **Divulgação para Debate**, 1986.
 11. IRACEMA. Secretaria da Saúde. **Relatório de gestão 2001.** Mimeografado.
 12. IRACEMA. Secretaria da Saúde. **Plano municipal de saúde 2001/2004.** Mimeografado.
 13. KOCH et al. **Odontopediatria: uma abordagem clínica.** 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1995. cap. 19, p. 349-364.
 14. MENDES, E.V. (Org.). A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do Projeto Neoliberal. In: _____. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 3. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995. cap. 1, p. 19-89.
 15. NARVAI, P.C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** São Paulo, 1992.
 16. NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS/02). Portaria no. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: jul. 2002.
 17. POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.
 18. SILVEIRA FILHO, A.D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n. 6, dez. 2002.
 19. SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 25-30, dez. 2000.

