

PRÁTICAS DA SAÚDE BUCAL E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FEIRA DE SANTANA-BA

Laiane Costa de Oliveira¹; Maria Ângela Alves Nascimento²

1. Bolsista PROBIC/CNPQ, Graduanda em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana, email: layane.oliveira@hotmail.com
2. Orientadora, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, email: angelauefs@yahoo.com

PALAVRAS CHAVES: PRÁTICAS DE SAÚDE, SAÚDE BUCAL, INTEGRALIDADE, PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Entre eles destacamos os seus princípios de democratização das ações e serviços de saúde, que deixam de ser restritas e passam a ter acesso universal, no sentido de dar respostas às necessidades de saúde dos usuários (individual/coletivo) a partir da integralidade das ações e serviços demandados, que deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização.

Destacamos os princípios do SUS, dentre eles a democratização das ações e serviços de saúde, que deixam de ser restritas e passam a ter acesso universal, no sentido de dar respostas às necessidades de saúde dos usuários (individual/coletivo) a partir da integralidade das ações e serviços demandados, que deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização.

Com as grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil norteadas pela necessidade de rupturas com as formas de organização do sistema de saúde, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para consolidação do SUS, tornando-se a marca institucional e a expressão normativa do que hoje é entendida como estratégia pragmática, que vem sendo progressivamente implementada em todo o Brasil. (BRASIL, 2005).

Neste sentido questionamos: como vem sendo desenvolvidas as práticas de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família em Feira de Santana-BA em prol da integralidade das ações e serviços demandados pelos usuários?

Todavia, para responder tal questão elaboramos como objetivos: **analisar** as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde bucal nas unidades de saúde da família de Feira de Santana-BA, **descrever** as ações de saúde voltadas à saúde bucal e **identificar** as dificuldades/limites, facilidades/avanços e perspectivas relativas à saúde bucal integral.

METODOLOGIA

Tipo de estudo- Estudo qualitativo, uma vez que pretendemos conhecer a realidade social através de uma investigação de cunho crítico-analítico, fornecendo assim subsídios para a transformação de tal realidade (MINAYO, 1993).

Campo de Estudo - O estudo foi realizado no município de Feira de Santana, a segunda maior cidade em população do Estado da Bahia (IBGE, 2010). O campo de estudo propriamente dito foram sete Unidades de Saúde da Família (USF), obedecendo-se os seguintes critérios: USF com equipe de Saúde Bucal, com no mínimo seis meses de implantação, localizadas tanto na zona urbana quanto rural.

Sujeito de estudo - 1)-grupo I, oito profissionais de Saúde Bucal (cirurgião dentista-CD, auxiliar de consultório Dentário-ACD e técnico de higiene dentária-THD), com experiência profissional há mais de seis meses na USF pesquisada;2) grupo II, sete usuários atendidos na USF(maiores de 18 anos, tanto do sexo masculino quanto feminino, em tratamento odontológico), totalizando quinze sujeitos.

Técnica de Coleta de Dados - Para coletar os dados escolhemos as técnicas de entrevista, observação e análise documental de prontuários odontológicos.

Métodos de Análise de Dados - Para análise de dados, escolhemos o método de análise de conteúdo para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, que analisados adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social, que de outro modo são inacessíveis.

Para realizar a análise final foram identificadas três categorias de análise: Concepção de saúde bucal: o olhar que direciona as práticas; Saúde bucal no PSF: limites e facilidades para a construção de uma prática de saúde bucal integral e Abordagem multidisciplinar: a mola propulsora da integralidade.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A saúde não pode ser vista de forma fragmentada, desconectada de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida (MENDES GONÇALVES, 1994). O dentista sanitário deve procurar conhecer os problemas de saúde da sua comunidade. Isso lhe permite uma visão em conjunto, o que possibilitará ver os problemas de saúde sem diminuí-los ou hipertrofiá-los.

Entretanto, contrapondo-se a este conceito percebemos nas falas de alguns dos entrevistados (quer profissionais, quer usuários),que, com o discurso dirigido a partir de características morfológicas e funcionais, com enfoque apenas à ausência de doença e aos sinais e sintomas.

A concepção sobre saúde do indivíduo é influenciada pela sua personalidade, vivências e experiências, apoiada na ideia da multicausalidade sustentada por Spink (1992). Todavia, ressaltamos que as falas sobre as práticas realizadas nas Unidades foram convergentes e coerentes com o que preconiza a saúde bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Os profissionais mostraram certo reconhecimento sobre a importância das atividades educativas de prevenção e promoção da saúde, através das escovações supervisionadas, salas de espera, abordando diversos temas de utilidade pública; visitas domiciliares, atividades em escolas, entre outros, além da motivação e orientação dentro do consultório, durante os procedimentos, porém as atividades preventivas estavam focadas na atenção à escolares na faixa de 5 a 15 anos, que estudam em escolas públicas através de distribuição de kits de

escovação, escovações supervisionadas e aplicação de flúor. Esta centralização da atenção pode implicar em uma fragmentação no campo da produção do cuidado em saúde bucal, uma vez que concentra as ações em uma faixa etária específica.

Durante a observação das práticas nas Unidades de Saúde, percebemos que as ações de prevenção e promoção encontram dificuldades para a sua realização na rotina das Unidades, seja por falta de materiais utilizados nessas práticas, como kits de escovação, macromodelos, cartazes e vídeos, uma realidade pertinente em muitas unidades, seja pela falta de disponibilidade dos profissionais, que se veem sobrecarregados com a execução de outras tarefas, principalmente os auxiliares do consultório Odontológico, sendo muitos deles, técnicos com formação na área de enfermagem, uma realidade que pode comprometer a resolubilidade e condução adequada das práticas. Concordamos com Chaves (1994) ao afirmar que o sucesso das práticas depende fundamentalmente de recursos humanos adequadamente preparados e cientes de que essas interações sociais e educativas terão o poder de transformá-las em condutas eficazes ou destruí-las para sempre.

Dentro dos consultórios, no atendimento assistencial, o grande limite para as práticas na atenção básica, também se encontram na falta de materiais, muitos indispensáveis para a execução dos procedimentos mais básicos, como os materiais de proteção individual, como está evidenciado na fala de alguns dos entrevistados. A falta da equipe de Saúde Bucal em algumas Unidades de Saúde impulsiona o sobrecarregamento no atendimento na Unidade que a possui. O fato de receber um fluxo de usuários de outra área pode promover desentendimentos e desconfianças, pois os usuários tendem a se sentir desprotegidos, sem a sensação de pertencimento.

Atrasos no início do atendimento e o descumprimento da carga horária diária foram alguns pontos observados que podem contribuir para uma desorganização da demanda de pacientes e gerar caos e estresses nas filas de atendimento da unidade, já que alguns pacientes são passíveis de ficarem sem atendimento, mesmo estando agendado.

Alguns dos usuários entrevistados afirmaram não ter conhecimento da forma de assistência através dos níveis de atenção, o representa um grande obstáculo para o tratamento, podendo até implicar em sua interrupção, comprometendo assim o atendimento integral ao paciente, não sendo portador resolutivo aos seus problemas. A resistência com o atendimento odontológico ocorre em função de esta ser muitas das vezes associadas a dor, daí a importância do vínculo e do acolhimento no atendimento, no sentido de construir uma relação de confiança durante o tratamento através das tecnologias leve (MERHY, 2007). O limite para a prática multidisciplinar encontra-se na visão antes fragmentada, feita em recortes, baseada no isolamento do profissional e na supervalorização especializações. Além disso, a falta de entrosamento entre os profissionais de equipe, ou a falta de planejamento e estratégia das práticas e ações multidisciplinares. Segundo Chaves (1994), depende fundamentalmente de recursos humanos adequadamente preparados e cientes de que essas interações sociais e educativas terão o poder de transformá-las em condutas eficazes ou destruí-las para sempre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tais realidades, observamos linhas de tensões entre os sujeitos, o que muitas vezes torna a atenção básica pouco resolutiva. Entretanto, ressaltamos que a atenção básica merece uma atenção especial por ser a uma estratégia eficaz para a resolução dos problemas de saúde, numa perspectiva de valorização da prevenção e promoção da saúde. Esta estratégia necessita ser reforçada pela atenção integral ao indivíduo, entendendo saúde em sua forma mais completa, e o indivíduo em sua multidimensão. A presença de uma equipe

multiprofissional e a atuação humanizada no processo do cuidado permite que essas linhas de tensão sejam suprimidas pelo vínculo, acolhimento e autonomia.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde - Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal,2004.

BALDANI et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúdeda Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4 p.1026-1035, jul-ago, 2005.

CERICATO, G.O; GARBIN,D; FERNANDES,A.P.S.A inserção do cirurgião-dentista noPSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação dasEquipes de Saúde Bucal. **RFO**. 2007

CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

MERHY, E. E; O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org) **Saúde e Democracia: luta dos Cebes**. SÃO PAULO; Lemos, 2007.

MENDES GONÇALVES, R. B.Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994. Cap5, p. 156-182.

MERHY, E. E; O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org) **Saúde e Democracia: luta dos Cebes**. SÃO PAULO; Lemos, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em Saúde**. 6.ed. São Paulo:Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

PINHEIRO et al. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF.**Revista de Odontologia da UNESP**. V.37, n.1, 2008 p. 69-77.

SILVEIRA FILHO, A.D.ASaúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Cad. Programa de Saúde da Família**. 2002

SANTOS, A.M; ASSIS, M.M.A.Dafragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**,v.11, n.1, p. 53-61, 2006.

Spink M. J. (1992). Psicologia da saúde: A estruturação de um novo campo de saber. Em: F.C. B. Campos, Psicologia e saúde: repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 11- 23