www.saude.gov.br/dab

UNESCO

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Saúde da Família

Revista Brasileira

Saúde da Família

Ano VII • Número 12 • Outubro a Dezembro de 2006 • Uma publicação do Ministério da Saúde

Com acesso à Saúde Bucal a família brasileira sorri mais.



Nesta edição!

O beijo como mobilizador para educação em saúde: ênfase na saúde bucal de adolescentes: relato de uma experiência.

Rastreamento do câncer bucal na estratégia da saúde da família



Revista Brasileira
Saúde da Família

Revista Brasileira - Saúde da Família
ISSN 1518-2355
Ano VII Número 12.
Outubro a Dezembro de 2006
Tiragem: 20 mil exemplares
Periodicidade: Trimestral

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
6º andar, Sala: 655
CEP: 70058-900, Brasília DF
Tels.: (61) 3315-2497
Fax.: (61) 3226-4340
Homepage: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral: Luis Fernando Rolim Sampaio

Coordenação Técnica: Antonio Dercy Silveira Filho

Equipe:
Editora Responsável: Rosa Reis (RJ1306JP)
Jornalistas Responsáveis: Benedito Araújo (1.380/DF)
Talita dos Santos Ferreira (7.148/DF)

Projeto Gráfico e Direção de Arte: Helma Kátia
Designers: Jadson Alves
Pablo Valença

Colaboraram: Carmem de Simoni
José Pereira Junior

Impresso no Brasil / Printed in Brasil

Distribuição Gratuita

Revista Brasileira saúde da família /
Ministério da Saúde.

Brasília: Ministério da Saúde, 2006

Ano VII, n.12 , out.2006 a dez.2006, trimestral

ISSN 1518-2355

1. Saúde da família. 1. Brasil. Ministério da Saúde.
II. Título



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Revista Brasileira

Saúde da Família

Brasília/ 2006

Saúde da Família

SUMÁRIO

4 A fluoretação das águas de abastecimento público como uma medida de garantia ao acesso a água tratada.

9 O desafio de construir, a partir das Equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família, um sistema hierarquizado para Assistência em Saúde Bucal no SUS.

14 Saúde Bucal na Saúde da Família em Campo Grande: ampliação do acesso

18 Atividades culturais marcam evolução da Saúde Bucal de Pedras de Fogo

22 Saúde Bucal em Arapoti, na medida certa!

26 Brejo da Madre de Deus amplia as equipes Saúde Bucal e torna-se referência em Pernambuco

28 Prêmio “Brasil Sorridente” coloca Saúde Bucal de Cambé como a terceira melhor do país

30 Saúde Bucal é prioridade no município de Euzébio na região metropolitana de Fortaleza

32 Rastreamento do câncer bucal na estratégia Saúde da Família: estruturação e fortalecimento da rede de referência e contra-referência

38 Relatos de uso das ferramentas Saúde da Família sob a perspectiva do cuidado, a partir das atividades da Equipe Saúde da Família com Saúde Bucal no município de Curitiba

52 Acolhimento com arte e a Saúde da Família - uma experiência de humanização em São Paulo

54 Ciranda da vida e a Saúde da Família: construir cidadania com alegria

58 A saúde da família dá base segura à atuação dos Grupos de Quarteirão em Ribeirão Preto

60 O beijo como mobilizador para educação em saúde: ênfase na saúde bucal de adolescentes: relato de uma experiência.

A SAÚDE BUCAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA

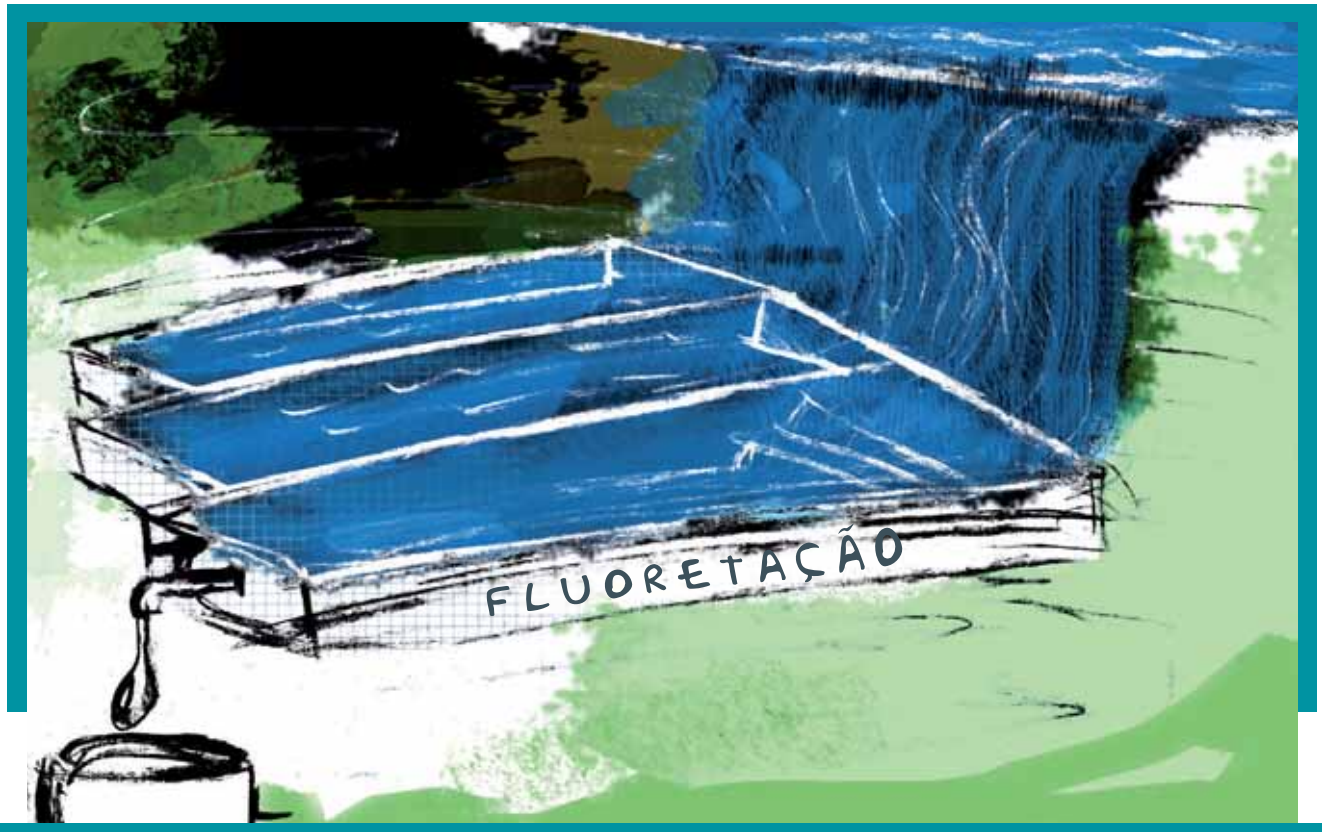
As diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e do Programa Brasil Sorridente possibilitaram a ampliação do acesso ao cuidado em saúde bucal. O incentivo à inclusão das ações de saúde bucal na estratégia Saúde da Família iniciou-se em 2.000, entretanto, o grande impulso da expansão ocorreu com a estruturação do Brasil Sorridente, a partir de 2.003. A elaboração e implementação do Programa representou a possibilidade da criação de um espaço de práticas e relações, voltadas à reorientação do processo de trabalho e da própria atuação da saúde bucal, no âmbito dos serviços de saúde no SUS.

Na estratégia Saúde da Família, a prática em saúde bucal requer das equipes o estabelecimento de estreita relação com os profissionais das diferentes áreas da atenção e com a população adscrita, nos diversos territórios. A apropriação qualificada e em base epidemiológica da condição de saúde bucal dos cadastrados, entendidos no contexto da família, da comunidade e do trabalho e a construção de vínculos co-responsáveis, permitirão a implementação de programações que potencializarão respostas adequadas às demandas evidenciadas. É imprescindível que as programações ampliem e qualifiquem o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde bucal. Para alcançar esses objetivos propõe-se o desenvolvimento de ações individuais e coletivas que garantam o acesso de todos, independentemente de sua condição, sexo ou idade.

Em 2004 realizou-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, com ampla participação popular na análise e formulação das diretrizes da área. As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são: a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, por meio da estratégia Saúde da Família; a ampliação e qualificação da Atenção Especializada, principalmente por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; e, a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. As metas do Brasil Sorridente, portanto, estabelecem a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços, propondo uma série de ações voltadas para os cidadãos de todas as idades, proporcionando ampliação do acesso ao tratamento odontológico, na perspectiva da atenção integral à saúde.

Esta edição visa contextualizar algumas linhas de ações das equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, divulgar experiências de municípios brasileiros e apontar os avanços obtidos com o Programa Brasil Sorridente.

José Agenor Álvares da Silva
Ministro da Saúde



A FLUORETAÇÃO DAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO PÚBLICO COMO UMA MEDIDA DE GARANTIA AO ACESSO A ÁGUA TRATADA

A prevenção da cárie dental pode ser realizada por diversos meios e métodos, dentre eles a fluoretação das águas de abastecimento público para consumo humano, método recomendado por mais de 150 organizações de ciência e saúde, como a Federação Dentária Internacional (FDI), a Associação Internacional de Pesquisa em Odontologia (IADR), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e aprovada por unanimidade por 148 países membros da 28° Assembléia da Organização Mundial de Saúde (maio de 1975).

A fluoretação das águas de abastecimento público associa o benefício da água tratada ao impacto epidemiológico na redução da prevalência e severidade da cárie dentária. Estudos demonstram que, de modo não isolado à exposição a outras fontes de flúor (como o dentifrício), o acesso a água de abastecimento público fluoretada garante, em média, uma redução de 50 a 60% na severidade das lesões de cárie, medidas pelo índice CPO-D.

No Brasil, em 1953, por iniciativa da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), o primeiro município a receber o benefício do acesso à fluoretação das suas águas de abastecimento público foi Baixo Guandu, cidade do Estado do Espírito Santo localizado às margens do Rio Doce. Neste mesmo ano, a medida do índice CPO-D aos 12 anos era de 8,6. Após 10 anos de fluoretação da água, esse valor foi reduzido para 3,7. Cinqüenta anos depois, o índice na mesma faixa etária é de 2,2 , o que demonstra uma redução de 74% no índice CPO-D.

A fluoretação das águas de abastecimento, embora uma importante medida de saúde pública, em 2004 beneficiava cerca de 40% da população brasileira. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico - PNSB/IBGE 2000 (PNAB 2000), no Brasil, **5.391** municípios contam com serviços de abastecimento público de água por rede de distribuição, o que representa **97,9%** do total dos **5.507** municípios existentes por ocasião da pesquisa. No entanto, ainda existe um grande desafio a ser superado, pois somente aproximadamente **45%** dos municípios brasileiros adicionam flúor em seus sistemas de abastecimento público de água.

Constata-se, através do **quadro 1**, a distribuição desigual no território Nacional, em termos de regiões geográficas e unidades da federação dos sistemas de abastecimento de água que adicionam flúor em seus municípios . PNSB/IBGE - Brasil 2000.

Quadro 1- Total de município brasileiros com rede de distribuição de água, com adição de flúor na rede de distribuição por região geográfica. Brasil 2000.

UF/Região	Total de municípios	Total de municípios com rede de distribuição de água	Total de municípios que adicionam flúor na água distribuída	% de municípios que adicionam flúor na água distribuída
NORTE	449	422	33	7,34
NORDESTE	1.787	1.722	285	15,94
SUDESTE	1.666	1.666	1.167	70,05
SUL	1.159	1.142	799	68,93
C. OESTE	446	439	182	40,08
BRASIL	5.507	5.391	2.466	44,777

A Lei n.º 6.050, de 24 de maio de 1974, regulamentada pelo Decreto Federal n.º 76.872, de 22 de dezembro de 1975, e a Portaria GM/MS n.º 635, de 26 de dezembro de 1975, são instrumentos legais em vigor que disciplinam a obrigatoriedade da fluoretação em sistemas públicos de abastecimento de água no Brasil. A vigilância e o controle sobre a quantidade de flúor presente nas águas de abastecimento público é exercida em conformidade com a Portaria GM/MS n.º 518, de 25 de março de 2004. A Portaria GM/MS n.º 635/1975 recomenda os limites de concentração do íon fluoreto como uma função da média das temperaturas máximas do ar. Dessa forma, os teores de flúor "ótimos" para a prevenção da cárie dental devem ter, na maior parte do território brasileiro, 0,7 mg de flúor por litro.

O Programa Brasil Sorridente, lançado pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2004, é uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. O sub-componente "Fluoretação da Água" do "Programa Brasil Sorridente – a saúde bucal levada a sério" apresenta como objetivo geral a contribuição para redução da prevalência da cárie dental mediante a fluoretação da água de abastecimento público e como objetivos específicos : elevar o número de serviços de abastecimento público de água com fluoretação em todo o território nacional; promover a melhoria dos procedimentos operacionais de controle da qualidade da água para consumo humano, incluindo os aspectos relativos a fluoretação da água; contribuir para o fortalecimento do Sistema de Vigilância da Qualidade da Água para consumo Humano – SISAGUA e reduzir índice de prevalência de cárie dental na população.

No Brasil a prestação dos Serviços de abastecimento público de água pode ser delegada para prestadores de abrangência estadual como as Companhias Estaduais de Saneamento mediante termo de concessão dos serviços, por prestadores de abrangência microregional (sistemas integrados que atendem mais de um município) e local, feitos pelo próprio município e, por prestadores locais, incluindo direito privados.

Quadro 2- Prestação de serviço de abastecimento público de água, porcentagem dos municípios com rede de distribuição de água e de fluoretação dada aos prestadores de serviço de abastecimento público de água.

Prestação de Serviço	% dos municípios com rede de distribuição de água	% de municípios com fluoretação da população
Companhia Estadual de saneamento	68,8%	53,5%
Empresa Municipal de Saneamento	45,5%	20%
Operador	8,4%	12,2%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saneamento Básico- PNSB/IBGE 2000.

A promoção, implantação, orientação e apoio técnico aos estados e municípios, especialmente aos operadores dos serviços público de abastecimento de água, é prestado pela FUNASA/MS, na elaboração de projetos técnicos de fluoretação da água, de educação em saúde e mobilização social.

A FUNASA financia a aquisição de equipamentos para dosagem de flúor e equipamentos para o controle e monitoramento da concentração do íon fluoreto na água após a implantação da fluoretação e, aos laboratórios (Secretarias de Saúde), a aquisição de equipamentos para a vigilância e monitoramento da concentração do íon fluoreto na água após a implantação da fluoretação, quando necessário. Excepcionalmente, serão financiados, por um período de 12 (doze) meses, os agentes fluoretantes necessários para a fluoretação e insumos para determinação de concentração de íon fluoreto na água, de acordo com a metodologia adotada para os sistemas localizados em municípios com população total inferior a 30.000 habitantes, conforme Censo Demográfico do IBGE-2000.

Com o Programa Brasil Sorridente, dados de fevereiro de 2007 mostram que foram implantados **209** novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento público , abrangendo **108** municípios em **oito** estados e beneficiando cerca de **2,4 milhões** de pessoas.

Segundo informações do Departamento de Engenharia de Saúde Pública da FUNASA, já foram liberados recursos, pela modalidade convênio, da ordem de R$ 4.541.538,50, para a implantação de mais **374** sistemas de fluoretação de água, em **326** municípios, abrangendo aproximadamente mais **3,4** milhões de pessoas. Os equipamentos e os produtos químicos a serem utilizados já foram adquiridos e tem-se uma previsão de implantação desses novos sistemas até junho de 2007.

Somente cerca de 45% dos municípios brasileiros contam com a fluoretação da água no sistema público de abastecimento (PNSB/2000). No entanto, em termos de volume, os dados do SNIS/MC/2003



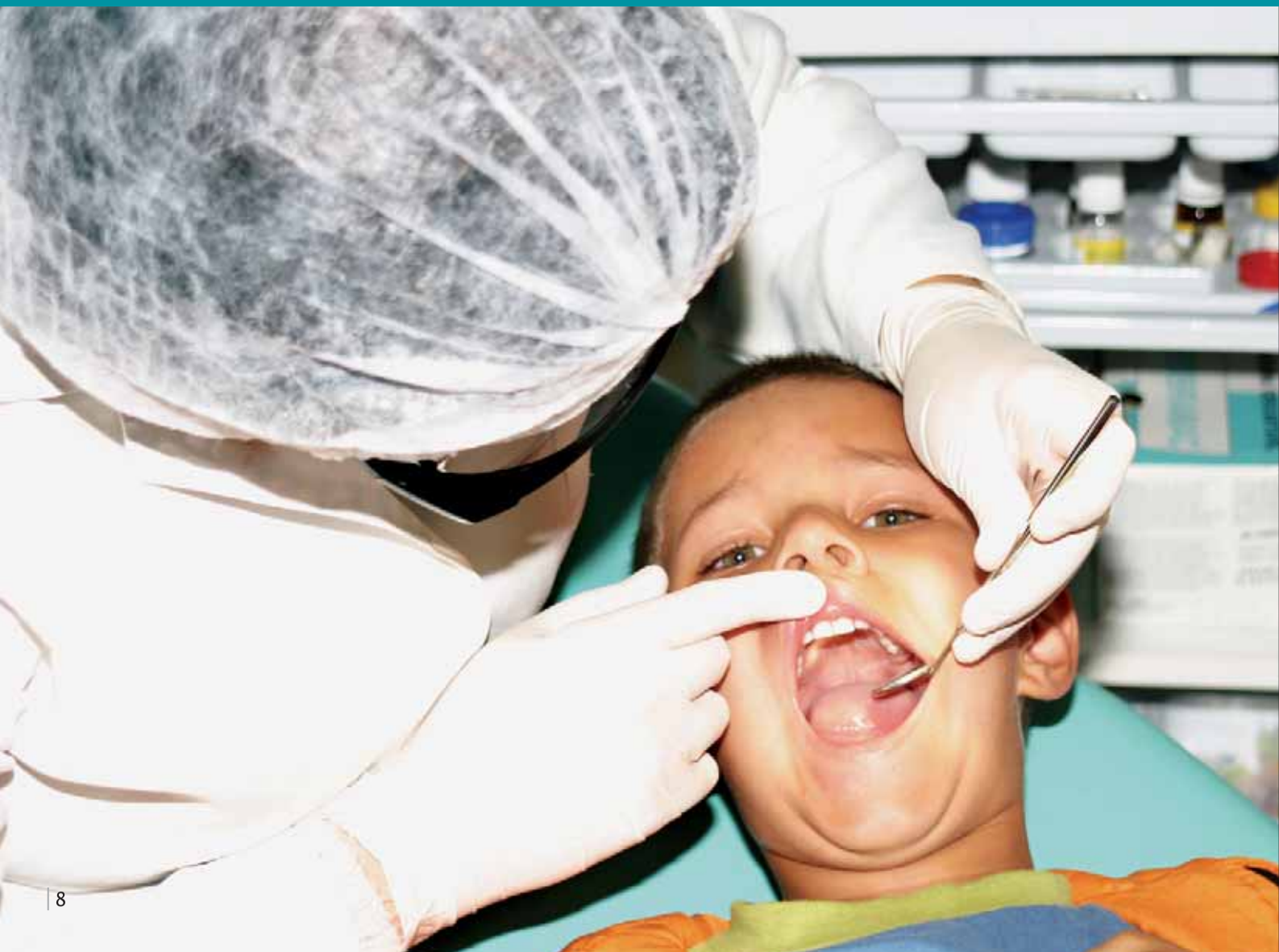
(Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento), o qual já contempla as informações relativas à fluoretação de água, indicam que 75% do volume de água produzido pelos prestadores são fluoretados, cerca de 26 milhões de m3/dia, ou seja, os sistemas dos grandes municípios são na maioria fluoretados. A PNSB/2000 indicou um per capita de 0,26 metros cúbicos/dia de água distribuída no Brasil. Pode se estimar que cerca de 100 milhões de brasileiros contam com o benefício da fluoretação atualmente. Considerando a cobertura de

77,8% da população com sistema de abastecimento de água por rede de distribuição (aproximadamente 145 milhões de pessoas), conclui-se que aproximadamente 45 milhões de pessoas com sistema público de abastecimento de água não tem acesso a fluoretação, a maioria localizada em pequenos municípios. Em termos de regiões geográficas o maior déficit ocorre nas regiões Norte e Nordeste.

Segundo estudos feitos para estimar o custo per capita/ano da fluoretação da água no Brasil, levando-se em conta: capital inicial de instalação, produto químico, operacionalização do sistema e controle; estima-se como valores médios US$ 0,06 (R$ 0,13) habitante/ano. Manter um indivíduo beneficiado pela fluoretação de água, ao longo de toda sua vida, é a melhor relação de custo-benefício, dentre todas as atividades voltadas para o controle da cárie, pois custa o equivalente a uma restauração dentária (NARVAI, 2001).

O Departamento de Engenharia de Saúde Pública (DENSP) informa que, para a implantação da fluoretação no sistema de abastecimento de água, se o município for abastecido por Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE), o contato deve ser feito com a Coordenação Regional da FUNASA no devido estado para que seja estruturada a possibilidade de aplicação direta (fluoretação com recursos e apoio técnico da FUNASA). Caso o município seja abastecido pela Empresa Estadual de Saneamento, o contato deve ser feito com a própria empresa questionando sobre a previsão de data para celebração de convênio com a FUNASA e manifestando o interesse do município na inclusão do sistema contemplado.

As equipes Saúde da Família têm papel fundamental na interlocução com gestores e comunidade, com vistas a garantia deste direito: água de qualidade e fluoretada para todos os cidadãos brasileiros!



esafio de construir, a pa
s Equipes de saúde bucal
aúde da Família, um siste
rarquizado para assistênci
saúde bucal no SUS

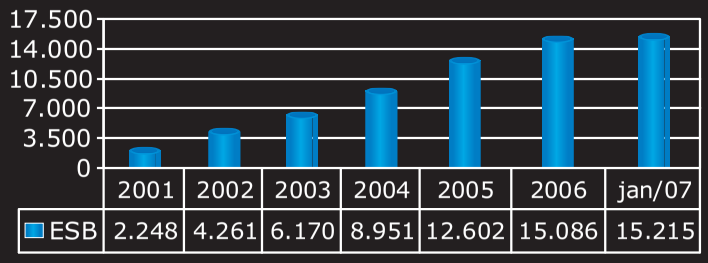


A inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representou a criação de um novo espaço de práticas e de relações a serem construídas, a partir da reorientação do processo de trabalho e da própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

O cuidado em saúde exige a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e práticas de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde, por meio de medidas de caráter individual e/ou coletivo, com base no vínculo a partir de uma comunidade adstrita a um território. Existem duas modalidades de implantação de Equipes Saúde Bucal (ESB) na Saúde da Família: ESB - Modalidade I, composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD); e ESB - Modalidade II, composta por CD, ACD e Técnico em Higiene Dental (THD).

De dezembro de 2002 até janeiro de 2007 foram implantadas 10.954 novas ESB na estratégia Saúde da Família (Gráfico 1), totalizando **15.215 ESB** em dezembro de 2006. Significando um aumento de mais de 257% no número de ESB, que hoje atuam na estratégia SF em 4.314 municípios. Significa dizer que a Saúde Bucal atinge uma cobertura populacional de aproximadamente 75 milhões de pessoas (40,2% da população). A meta para dezembro de 2007 é alcançar 18 mil ESB.

Gráfico 1- Equipes de Saúde Bucal implantadas.
Brasil, março/2001 - janeiro/2007.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	jan/07
ESB	2.248	4.261	6.170	8.951	12.602	15.086	15.215

Tendo em vista a estratégia Saúde da Família como uma forma de ampliar e qualificar o acesso da população às ações em saúde bucal, bem como a necessidade de construir, adequar e aprimorar os instrumentos tecnológicos necessários a esta efetivação, o Ministério da Saúde trabalhou na elaboração do Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal, lançado em janeiro de 2007. Além disto, para apoiar as atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal que contam com um Técnico em Higiene Dental, o Ministério da Saúde forneceu 779 consultórios odontológicos completos aos municípios. Tal iniciativa representou um aporte de investimentos no total de R$ 4,3 milhões.

Todo este esforço representou uma enorme melhoria no acesso à população brasileira aos serviços de saúde bucal. Mas efetivamente, a realidade epidemiológica da saúde bucal brasileira se resolve com apenas o acesso aos serviços de Atenção Básica? Tomemos como exemplo os elevados índices de edentulismo, posto que a mutilação odontológica continua sendo um dos grandes problemas da população brasileira. Historicamente, os serviços de saúde bucal no Brasil se limitavam a oferta de procedimentos de baixa complexidade, onde a extração dentária torna-se, muitas vezes, a única alternativa viável, dado reduzido número de procedimentos de média e alta complexidade em saúde bucal ofertados.

A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foi estruturada com o objetivo de superar as desigualdades no acesso aos demais níveis de atenção em Saúde Bucal. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, a partir do fortalecimento da aten-ção básica, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações em saúde bucal, entendendo-o como fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Está articulado a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

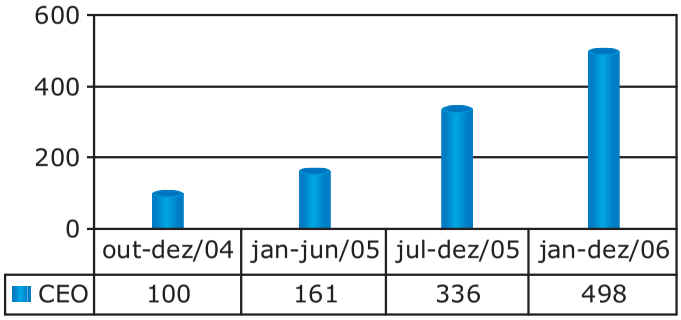
Do ponto de vista epidemiológico, a Política Nacional de Saúde Bucal se baseia nos dados obtidos por meio do *Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil*, concluído em 2003. O maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal já realizado no país, e que se materializou a partir do esforço de cerca de 2.000 trabalhadores (entre cirurgiões-dentistas, auxiliares, agentes de saúde e outros profissionais), responsáveis pela execução de 108.921 exames epidemiológicos em 250 municípios.

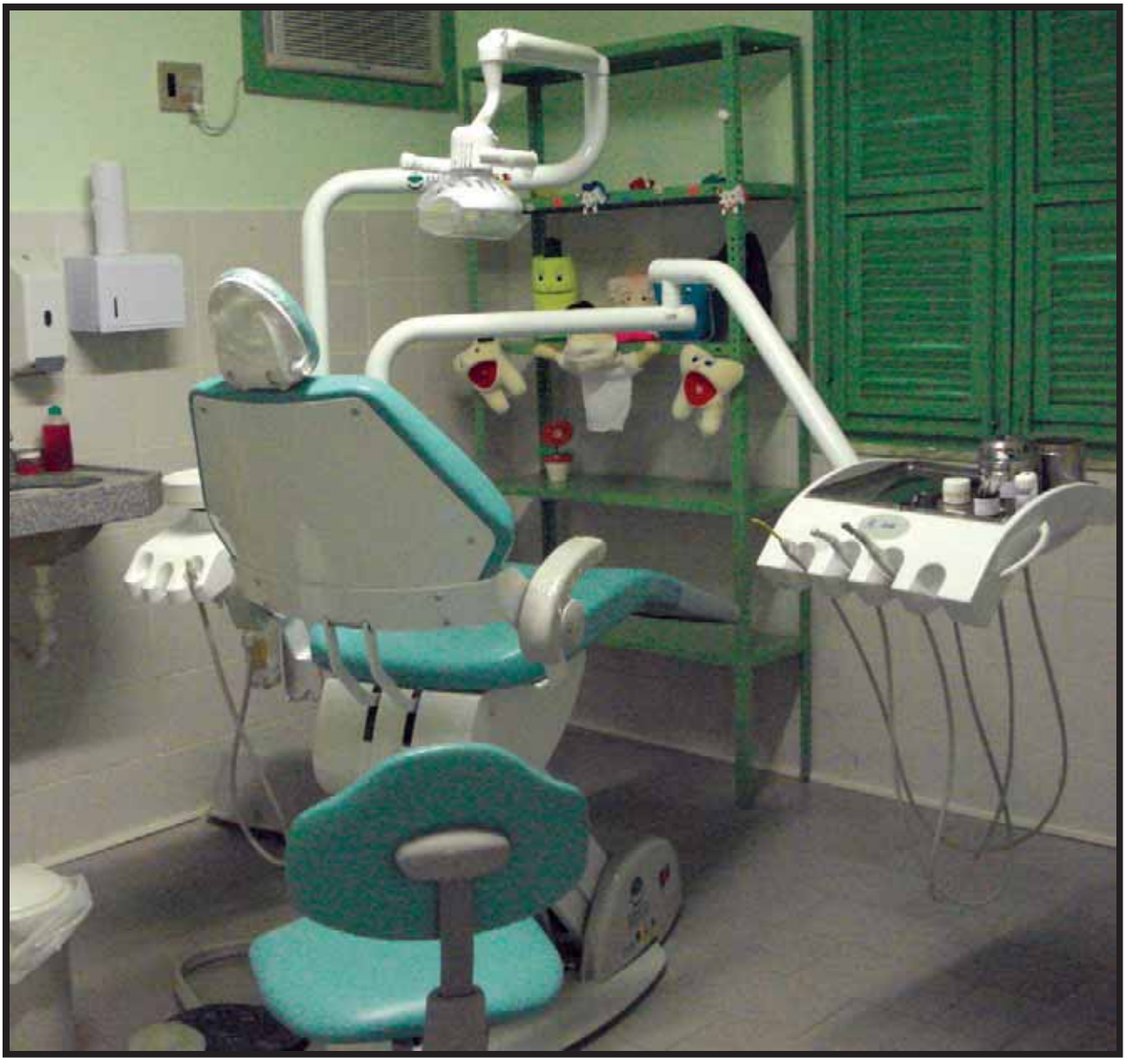
As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal por meio da estratégia Saúde da Família, a ampliação e qualificação da Atenção Especializada com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

As ações especializadas em saúde bucal no âmbito do SUS estão sendo expandidas através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CEO oferecem tratamento endodôntico, atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor, periodontia e diagnóstico bucal (com ênfase ao diagnóstico de câncer bucal), além de outras especialidades a serem definidas localmente. Foram implantados 498 CEO no país, até o mês de dezembro de 2006. Outros 233 CEO já foram credenciados à antecipação do recebimento do recurso para implantação. Entre 2005 e 2006, foram realizados mais de 4,1 milhões de procedimentos odontológicos nestes centros. Para dezembro de 2007, a meta é alcançar 550 CEO em funcionamento.



O Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica, procura implementar políticas que aumentem o acesso da população e a qualidade dos serviços de saúde bucal oferecidos para sua população, sempre de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Já são 350 municípios brasileiros já avançaram na consolidação das redes de atenção em Saúde Bucal, que se estrutura a partir da ampla base de serviços de Atenção Básica organizados a partir das equipes de Saúde Bucal e se ampliam com a implantação dos CEOs.







SAÚDE BUCAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE: ampliação do acesso

Adélia Delfina da Motta Silva Correia[1]



[1] Cirurgiã Dentista, Mestre em Saúde Coletiva . Coordenadora do PACS e SF da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande-MS (2006).

Desde o início da implantação da Saúde da Família no município de Campo Grande, em 1999, a gestão fez a opção de ter o cirurgião-dentista inserido nas equipes. Entretanto, à época, isto se deu numa proporção de 1ESB para 2ESF, e ainda havia a necessidade de adaptação de carga horária, que foi regularizada posteriormente por meio do enquadramento de odontólogos do próprio quadro municipal, para cumprir 40h. Atualmente, o ingresso de novos profissionais às equipes somente se da, via concurso público.

Em fevereiro de 2007, Campo Grande conta com 48 equipes de Saúde da Família, todas elas com equipes de Saúde Bucal. Embora a cobertura populacional esteja em cerca de 20%, a Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família mostra seu valor e empenho na construção de uma vida melhor para os cidadãos campograndenses.

Dentre as áreas prioritárias para atenção na Saúde Bucal, o município fez a opção de trabalhar com o atendimento odontológico aos bebês (0 a 36 meses). Em dezembro de 2006 existiam 7.847 bebês cadastrados nas áreas atendidas pela equipes Saúde Bucal da Saúde da Família do município, dos quais 3.690 são participantes das atividades de rotina do Programa de Atenção à Saúde Bucal do Bebê, o que representa um percentual de cobertura de 46,50%. Durante o ano de 2006 foram realizados 9.910 atendimentos a bebês para algum tipo de atividade de controle do risco de cárie, sendo que 2.228 atendimentos foram executados em bebês com cárie, número que mostrou uma redução de 11,76% em relação a 2005.

Do total de bebês atendidos, seja para o controle ou por cárie, 873 tiveram tratamento completado tendo sido realizados 12.138 atendimentos a bebês. Se comparados a 2005, o que mais chama atenção é o fato de ter havido um incremento no percentual de atendimentos para o controle da doença, o que pode significar que menos crianças estão com atividade de cárie, ou seja, estão mais saudáveis.

As gestantes também têm seu lugar garantido na agenda da Saúde Bucal em Campo Grande. Durante o ano de 2006, foram distribuídos 1.595 kits gestante – compostos de escova, creme dental e fio dental; tendo havido 2.131 participações em atividades educativas e 3.075 atendimentos clínicos, que resultaram num total de 642 tratamentos completados, com a produção de 9.770 procedimentos odontológicos, média de 3,18 procedimentos por gestante atendida, sendo que 20,88% das mulheres atendidas chegaram ao Tratamento Concluído (TC).

Embora a adesão ao tratamento odontológico pela gestante apresente tradicionalmente dificuldades, todos os incrementos ao longo dos anos de trabalho revelam que as mulheres estão aderindo mais à atenção odontológica no pré-natal, o que parece estar relacionado a uma maior integração das equipes, que têm buscado trabalhar o pré-natal de modo mais integrado.

De acordo com dados do SIAB, nas áreas cobertas pelas ESB havia em dezembro de 2006 um total de 147.331 pessoas cadastradas, nas quais foram realizados 60.423 atendimentos odontológicos, incluindo a primeira consulta, a continuação de tratamento, e a emergência odontológica. Foram realizadas 20.034 primeiras consultas odontológicas, e foram atendidas 2.199 pessoas emergencialmente. Houve um total de 11.126 tratamentos completados, o que significa dizer que um percentual de 61,47% dos tratamentos iniciados se completou em 2006.

Quanto aos procedimentos coletivos e educativos dentro da Estratégia, em 2006, 58.963 pessoas participaram de atividades educativas (incremento de 1,83% em relação a 2005), realizadas pelas equipes de saúde bucal, tendo sido alcançadas um total de 60.504 pessoas, ao longo do ano, por atividades coletivas, como escovação, ensino de técnica e ATF, que corresponde a uma média de 8.430 pessoas envolvidas mensalmente por estas atividades.

Foram feitas 1.369 visitas a instituições das áreas de abrangência, sendo a média aproximada por profissional de 3 visitas a instituições/mês em 2006. Também foram realizadas 1.691 visitas domiciliares, sendo a média/profissional, de 3 visitas domiciliares /mês neste ano. A visita domiciliar pela ESB tem sido pensada neste município apenas para casos em que o paciente não possa se deslocar até a Unidade Básica de Saúde (UBS), ou em casos que a ESF julgue necessário.

No total, a Saúde Bucal na SF, durante o ano de 2006 realizou 60.423 atendimentos, o que gerou a produção de 164.873 procedimentos individuais executados. Houve um total de 11.126 tratamentos completados, sendo que a média foi de 22 tratamentos completados por profissional/mês, com um incremento de 18,09% em relação à média de 2005, que foi de 18,63.

Desde o início do ano de 2005, a COGEPACS/PSF[2] passou a realizar o monitoramento, nos vários níveis (por equipe, por distrito, no município), de alguns Indicadores Nacionais de Saúde Bucal, facilitando o processo de avaliação do andamento das atividades odontológicas feitas pelas ESB. Também foi utilizado como base para os indicadores o documento produzido pelo Ministério da Saúde em 2005[3], indicadores que permitem avaliar a produtividade, o acesso – percentual de primeiras consultas odontológicas e de tratamentos iniciais completados, a razão entre restaurações e exodontias, a proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais, o percentual de procedi-mentos individuais preventivos, a concentração de procedimentos odontológicos coletivos na população de 0 a 14 anos, e a concentração de procedimentos individuais, conforme pode ser visto no quadro a seguir:

Quadro 1- Indicadores de Saúde Bucal acompanhados pela COGEPACS/PSF, 2006.

INDICADOR	META RECOMENDADA MINISTÉRIO DA SAÚDE	CAMPO GRANDE EM 2006
Produtividade (Procedimentos Individuais/ Equipe/ Mês)	296	325,84
Número de Procedimentos Individuais/ Habitante/ Ano	0,944	1,173
Percentual de Primeira Consulta Odontológica	13%[4]	14,25%
Percentual de Tratamentos Iniciais Completados	100%	61,47%
Razão entre Restaurações e Exodontias	O número de exodontias não deve ultrapassar 30% do número de restaurações	8,08 (13,76% do número de restaurações)
Percentual de Procedimentos Individuais Preventivos	.....	53,18%
Percentual de Exodontias	≤10%	4,35%
Cobertura de Procedimentos Coletivos na população de 0 a 14 anos	100%	20,80%

Fonte: Consolidado das Fichas D, COGEPACS/PSF, SESAU, PMCG, 2006.

[2] Coordenação Geral do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família.

[3] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS. Orientações Técnicas sobre Auditoria em Odontologia no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Orientações Técnicas, Caderno 2).

[4] A partir do Pacto pela Saúde esta recomendação passo a ser de 30%.

Diante dos resultados, a expectativa é de que a Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no município de Campo Grande possa realmente se fortalecer, buscando cada vez mais novas perspectivas para suas ações, contribuindo para o debate em torno das suas práticas, para além dos números, organizando os serviços de saúde bucal de forma usuário-centrada, e aprendendo cada vez mais a cuidar, sem perder de vista a integralidade, do sorriso de nossos cidadãos.







ATIVIDADES CULTURAIS MARCAM EVOLUÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE PEDRAS DE FOGO

"As Auxiliares de Consultório Dentário (ACDs) são muito valentes, fazendo tudo de coração, fazemos ação coletiva e escovação, para combater a cárie e ajudar na orientação".

Esse é um trecho do cordel "Quem são essas mulheres?", feito pela coordenação de Odontologia do município de Pedras de Fogo, na Paraíba.

De acordo com a secretaria municipal de saúde, em Pedras de Fogo, o Sistema de Saúde traz um grande diferencial, já que realizam ações como: atividades educativas e preventivas com pacientes hospitalizados, guias de serviços de odontologia e outras atividades relacionando arte e saúde.

As equipes buscam promover o entrosamento dos Auxiliares de Consultório Dentário (ACD's) com a comunidade por meio do teatro, da música, da mímica, do cordel e da dramatização de situações do cotidiano das Equipes Saúde Bucal (ESB). A arte de representar é levada à comunidade de uma maneira dinâmica para facilitar o entendimento e sensibilizar os usuários. Dessa forma, crianças, idosos e gestantes podem compreender de forma fácil e didática a Saúde Bucal, no sentido de possibilitar uma melhor qualidade de vida individual e coletiva.

A literatura de cordel, por exemplo, é construída de forma conjunta por meio de eixos temáticos escolhidos de acordo com o que as equipes SB querem informar para os pacientes. Assim, os cordéis são levados à comunidade em feiras, escolas, amostras e também em eventos de Saúde.

Segundo a Coordenadora de Saúde Bucal, Rosilene Letícia, este trabalho tem respaldo na vivência das auxiliares de consultórios. "Temos consciência do seu valor, uma vez que esses profissionais vêm, ao longo dos anos, conquistando seu espaço, buscando reconhecimento. É hora de reconhecer sua importância na saúde da população", argumenta.

Para a coordenadora, nada mais justo do que transmitir todo esse valor à população "sem fugir das nossas raízes e levando em consideração as tradições aliadas ao conhecimento científico com novos paradigmas de assistência".

Com uma história de vanguarda

A saúde Bucal no município de Pedras de Fogo, desde 2000, com a inclusão da primeira ESB na Unidade do bairro Santo Antônio, vem se estruturando progressivamente. Hoje, o município conta com Equipes de Saúde Bucal (ESB) em dez Unidades Básicas de Saúde, compostas por odontólogos e auxiliares de consultórios dentários. No desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde também foi implantado um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

As ESB realizam, nas escolas, colégios e associações, ações de promoção e prevenção, como palestras, entrega de

escovas, evidenciação de placa, escovação supervisionada, bochechos com flúor, além da busca de lesões de cárie ativa, o exame preventivo de câncer de boca e de doenças contagiosas como o herpes e a hepatite, entre e outras. As ações curativas são realizadas nos consultórios das Unidades Básicas de Saúde.

Com 26 mil e 500 habitantes, a cobertura da Saúde Bucal no município alcança 92% da população. A grande preocupação das equipes volta-se para o trabalho da educação em saúde. Para isso, a SMS garante à comunidade o acesso a ações e serviços de Saúde Bucal de qualidade. Porém, a coordenação municipal acredita ser necessária "a inclusão de mais uma ESB para que a cobertura populacional melhore, viabilizando maior acesso aos usuários" em uma área do município a qual foi incorporado o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mas ainda não foi implantada nenhuma Equipe Saúde da Família.

Como desafios, o município descreve as dificuldades para lidar com a garantia do acesso, dado as dimensões e características territoriais da zona rural, e o grande número de famílias atendidas em cada uma das Unidades Básicas de Saúde, gerando uma demanda reprimida.

Muitos são os resultados positivos que merecem ser destacados. As ESB conseguiram estabelecer um calendário permanente de campanhas de auto-exame do câncer de boca nas feiras, colégios, escolas, onde os usuários são conscien-tizados da importância do diagnóstico precoce do câncer bucal e da notificação de outras doenças da boca. A implementação pelo município da ficha D em saúde bucal no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) é outro exemplo. A Ficha D permite o monitoramento das ações das UBS e dos encaminhamentos para os serviços especializados, buscando colaborar com a integração entre os serviços de diferentes níveis de complexidade assistencial.

Para a coordenadora Rosilene Letícia, ainda existe muito a ser realizado no sentido de melhorar ainda mais: "almejamos uma saúde humanizada, somos os primeiros a transpor os muros das UBS, em levar um olhar holístico nas escolas, associações, hospitais, cadeias públicas e colégios, em busca do cuidado integral", afirma Letícia.

Lindinalva Dantas, secretária de Saúde, afirma que os cidadãos pedrafoguenses podem se orgulhar do Sistema de Saúde do município. Ela acredita que a dedicação, o compromisso e a qualificação de todos que integram o sistema tem melhorado a cada dia. Ela destaca que esse resultado pode ser visível por meio dos dados epidemiológicos alcançados, por exemplo, a redução da mortalidade infantil que, nesses últimos oito anos, caiu em níveis considerados altos. Passou de 127,08/1000 para 8,6/1000 Nascidos Vivos (NV). "Tudo isso, graças a um trabalho de compromisso, integração e intersetoralização realizado permanentemente", afirma a secretária.

Ações realizadas no município

- Elaboração de um "gibi" em Saúde Bucal para trabalhar com os escolares cujo título é: Taty no Mundo Encantado dos Dentinhos.

- Literatura de cordel com o título: Quem são essas mulheres? Realizado e criado pelos Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) para trabalhar atividades educativas com os escolares.

- Apresentação de teatro nas escolas, feiras e eventos envolvendo grupo de Jovens.

- ACS nas escolas, feiras e eventos enfatizando o advento da estratégia Saúde da Família.

- Criação de primeiro guia dos serviços de Saúde Bucal do município de Pedras de Fogo.

- Folder alertando a comunidade sobre o câncer de boca.

- Cadernos de orientação em Saúde Bucal para gestantes, mães com bebês e idosos cadastrados pelas equipes SB.

- Em fase de elaboração o livro "Nos bastidores da Estratégia Saúde da Família", que conta as histórias vivenciadas pelos odontólogos em seus locais de trabalho. O livro é de autoria de Rosilene Letícia.

Quem são essas mulheres?

Venho lhe pedir permissão
E mostrar pra vocês
As ACD´s pedrafoguenses
Mulheres muito valentes que trabalham com o coração
Com o coração e coragem
Trabalhando com boa vontade
Ajudando na orientação.

Por isso digo a vocês
Que estão nesse encontrão
Que as ACD´s de Pedras de Fogo
Não são brincadeira não.

Chegando no consultório
Com muito amor e carinho
Fazendo a assepsia deixando tudo direitinho
Recebendo os usuários
Pegando os prontuários
E fazendo organização.
Chegando assim o Dentista
Com toda animação, pedindo seu EPI
Para sua proteção
Iniciando o atendimento
Com muita atenção
Junto com sua ACD
Mostrando dedicação.

Em seguida a ACD limpando o consultório
Fazendo a desinfecção,
Lavando os instrumentais
Para a esterilização,
Mais não limita-se
Só nisso não.

As ACD´s são muito valentes
Fazendo tudo de coração
Fazemos ação coletiva e
Escovação, para combater a cárie
E ajudar na orientação.
Por isso digo a vocês
Muito obrigado pela atenção
Vocês são merecedores de toda dedicação.

Autoras: Auriene Maria do Nascimento
Maria Verônica Menezes da Silva

SAÚDE BUCAL EM ARAPOTI, NA MEDIDA CERTA!

Dentro da estratégia Saúde da Família, o projeto de Saúde Bucal de Arapoti, Paraná, começou com apenas três Equipes Saúde Bucal (ESB). Enquanto a zona urbana era coberta por apenas uma equipe, a zona rural dispunha dos serviços de duas delas. Hoje, com dez ESB, número equiparado ao de Equipes Saúde da Família (ESF), o município de 25 mil e 700 habitantes conta com uma cobertura populacional de 100 por cento.



Segundo a coordenadora de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Município, Trícia Lopes, com a chegada da Saúde Bucal em Arapoti, os tratamentos, que antes se resumiam em curativos e atendimentos de urgência e emergência, melhoraram consideravelmente. Essa restrição nos procedimentos impossibilitava o tratamento integral dos usuários. Além da ampliação dos serviços assistenciais básicos, foram implantadas ações de promoção da saúde e prevenção das patologias bucais. O atendimento que era de quatro horas diárias passou para oito horas. Resultado: facilidade de acesso, qualidade no atendimento e maior satisfação tanto dos profissionais quanto dos usuários.

Para Denise Fátima de Souza, auxiliar administrativo e usuária do sistema público de saúde, a melhora na qualidade do atendimento das ESB foi surpreendente. No mês de julho deste ano, ao sentir "muita dor no corpo", procurou uma das ESB, onde, a partir e uma consulta odontológica, foi identificada a necessidade da realização de um tratamento de canal e foi providenciado o encaminhamento para o Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

"Quando o tratamento é público não damos muita credibilidade. Mas nunca tinha feito um tratamento dentário tão bom e de qualidade. Fiquei impressionada. O local é limpo e, ao terminar, me orientaram quanto à escovação e aplicação de flúor", elogia.

Na busca por um diferencial as ESB realizaram, no ano de 2003, um levantamento epidemiológico com 590 pessoas. A partir dos exames foram obtidas informações para que as ações nessa área fossem planejadas com mais cautela e melhor qualificadas. Assim, o trabalho possibilitou avaliar como estava a Saúde Bucal da população naquele período e quais os antecedentes.

A capacitação dos dentistas é outra prioridade. A prefeitura custeou, este ano, um curso de aperfeiçoamento para a Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família para seis profissionais, realizado na Associação Brasileira de Odontologia (ABO) de Curitiba. "É preciso fazer treinamentos constantemente para que os profissionais estejam sempre preparados e motivados a seguir a linha de pensamento da Estratégia Saúde da Família, para que, assim, possamos atingir os objetivos propostos", declara a coordenadora.

Equipes Saúde Bucal em todos os bairros

Um grande avanço do município é poder contar com as ESB em todos os bairros. Para Maria Solanja, integrante da equipe, a demanda reprimida ainda é grande para um único dentista dar conta. Por isso, o atendimento é organizado de forma que as emergências sejam atendidas de imediato, agendando os demais casos para que o procedimento seja executado, preferencialmente no mesmo dia, mas pode ser agendado para outro dia.

Um técnico de higiene dental (THD) fica no departamento de educação coordenando o atendimento dos escolares, onde são feitos bochecho com flúor, ações de educação em saúde, atendimento nas clínicas e controle.

As ESB trabalham junto dos demais profissionais das Equipes Saúde da Família nas Unidades Básica de Saúde. No período da manhã, atende-se à demanda agendada e às crianças das escolas e creches. Já no período da tarde, atende-se outra parte das escolas, creches e puericultura, grupos de gestantes, idosos, grupos de hipertensos, diabéticos, pacientes portadores de deficiência física ou mental agendados em atendimentos clínicos, sendo também desenvolvidas atividades de educação e promoção da saúde.

No intuito de manter a população bem informada a SMS, semestralmente, edita um jornal informativo com a descrição de todas as ações realizadas pela Saúde Bucal. Além disso, as equipes contam com um programa semanal na rádio local.



O Conselho Municipal de Saúde (CMS), para dar voz às opiniões dos arapotinenses, realiza mensalmente reuniões com representantes de todos os bairros, segmentos e instituições, com direito a voto em todas as decisões tomadas na área de saúde. Assim, todas as propostas e decisões seguem em paralelo com a comunidade. Após a aprovação pelos membros do conselho, as reuniões são abertas para todos os interessados, deixando espaço para a comunidade dar suas opiniões sobre vários aspectos da gestão administrativa e fazer suas reivindicações.

Com dez equipes de Saúde Bucal, três modalidade II (composta por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental) e sete modalidade I (composta por um dentista e um auxiliar de consultório dentário) um dos grandes desafios para atual administração é passar as ESB modalidade I para a modalidade II. Outro desafio é a melhora dos índices de saúde bucal por meio do aumento ao acesso aos serviços, da otimização do período de trabalho, da avaliação das atividades e pela prática do planejamento para o alcance dos índices ideais.

A coordenação de Saúde Bucal acredita que com os incentivos e programas oferecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde do Estado está sendo possível melhorar a cada dia a Saúde Bucal da população e a satisfação dos profissionais envolvidos.

Na opinião de Trícia Lopes, com o empenho da administração local, estadual, federal, dos profissionais de saúde e da população, será possível atingir o objetivo de oferecer um bom atendimento, melhorando a qualidade de vida da comunidade e a satisfação dos profissionais. "Queremos dar um tratamento de saúde de qualidade, do bebê até o idoso, com respeito e dignidade aos cidadãos arapotinenses", defende a coordenadora.









BREJO DA MADRE DE DEUS AMPLIA AS EQUIPES SAÚDE BUCAL E TORNA-SE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO

O ano de 2006 começou para os 42 mil e 500 habitantes do município de Brejo da Madre de Deus, no agreste setentrional de Pernambuco, com uma promessa: dobrar o número de Equipes Saúde Bucal para ampliar o atendimento à população.

Promessa cumprida!

Hoje são 8 Equipes Saúde Bucal integradas às 9 Equipes Saúde da Família, responsáveis pela cobertura de 73,2% da população. Afinal, para chegar a este resultado, o município realizou investimentos que alcançaram R$ 310 mil em três anos e meio, entre 2003 e junho de 2006.

De acordo com o coordenador municipal de Saúde Bucal de Brejo da Madre de Deus, Marcelo Barbosa Cavalcanti, mais uma equipe está em fase de implantação. Ele conta que a implantação das ESB na Saúde da Família deu-se em virtude de o município anteriormente só dispor de dois centros odontológicos, situados um na sede e outro no distrito de São Domingos. "A cobertura populacional de Saúde Bucal era insatisfatória, portanto, passou a ser um objetivo na atual administração de Saúde a implantação de ESB em todas as equipes da estratégia SF".

Tal objetivo está sendo atingido, sendo um dos motivos que ajudaram o município de Brejo da Madre de Deus a se tornar referência em Saúde Bucal no estado de Pernambuco. Na opinião do coordenador municipal, a chegada da ESB na estratégia Saúde da Família facilitou o acesso da população ao tratamento odontológico. Um outro resultado prático também bastante significativo segundo Cavalcanti, foi o "aumento do nível de conhecimento da população em relação às ações de prevenção das doenças relacionadas à boca".

Na Saúde da Família de Brejo Madre de Deus, revela o coordenador, é dada muita ênfase à Educação em Saúde, por meio de palestras educativas associadas à escovação, aplicação de flúor e distribuição de escovas. Em média, são distribuídas oito mil escovas por ano e essa ação tem contribuído para a melhora nos índices de agravos relacionados à saúde bucal.

Com prioridade aos princípios do SUS

De acordo com Julianna Vilaça Silva, cirurgiã-dentista de uma das ESB, o trabalho das Equipes de Saúde Bucal de Brejo da Madre de Deus funciona de maneira organizada e racional, "com prioridade aos princípios do SUS". Isso, segundo ela, garante à população um atendimento de qualidade e que leva em conta o bem-estar do paciente. "Existem equipes tanto na área urbana quanto na área rural", relata.





Para Julianna Vilaça, alguns resultados práticos da ação das ESB já podem ser constatados pela população, para quem, "hoje, a Saúde Bucal é tratada de outra forma". Ela conta que muitos pacientes relatam que nos anos anteriores o tratamento odontológico era muito difícil e que acabavam tornando-se desdentados por conta disso. A dentista acredita que a estratégia de Saúde da Família, incluindo as ESB, "contribuiu significativamente para a melhor saúde bucal da população".

PRÊMIO "BRASIL SORRIDENTE" COLOCA SAÚDE BUC DE CAMBÉ COMO A TERCEIRA MELHOR DO PAÍS



O reconhecimento do Conselho Federal de Odontologia (CFO), feito este ano, por meio de menção honrosa do Prêmio "Brasil Sorridente", considerando a Saúde Bucal de Cambé, no Paraná, como o melhor serviço público odontológico do Estado e o terceiro do País, demonstra o acerto das ações desenvolvidas pelo município no sentido de manter os programas bem sucedidos e, ao mesmo tempo, implantar 18 Equipes de Saúde Bucal (EBS) na estratégia Saúde da Família.

Para o secretário municipal de saúde de Cambé, Nereu Henrique Mansano, apesar da implantação ainda recente já foram observados alguns resultados significativos: ampliou-se o acesso aos serviços por meio da ampliação da carga horária dos profissionais das equipes para 40 horas semanais, o vínculo com a comunidade foi fortalecido e a integração das equipes por trabalho multidisciplinar foi facilitada com a realização de oficinas de reflexão do processo de trabalho por intermédio da estratégia da Educação Permanente.

"O trabalho com enfoque na vigilância à saúde permitiu a avaliação do perfil sócio-epidemiológico da população e melhor conhecimento do território de abrangência", afirma Mansano, para quem os profissionais têm percebido, no dia-a-dia junto à comunidade, "uma boa aceitação do trabalho realizado".

A Saúde Bucal no município de Cambé foi estruturada a partir de 1983 para o atendimento prioritário às crianças, com a inclusão dos bebês em 1987. A inclusão da clientela de bebês fez deste município paranaense o primeiro município no país e no mundo a implantar a "Clínica de Bebês" na rede pública. Já a inserção das Equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família ocorreu em setembro de 2005, com 18 ESB, sendo 10 na modalidade II (com Técnico em Higiene Dental). O serviço odontológico conta ainda com mais 19 dentistas, 29 Auxiliares de Consultório Dentário e 2 THD que atuam na manutenção dos atendimentos aos bebês e crianças dos programas anteriormente existentes (Clínica de Bebês e Programa Infanto-Juvenil).

Com uma população estimada de 98.788 habitantes (IBGE, 2006), o município de Cambé apresenta uma cobertura de cerca de 80% da população com 24 equipes da estratégia Saúde da Família. Com 18 Equipes de Saúde Bucal, cobre-se 59% da população. De acordo com os relatórios e livros de registros do município, 18% da população recebeu algum atendimento nos serviços de Saúde Bucal no período de setembro de 2005 a julho de 2006, com realização de procedimentos, não estando incluídas nesses registros outras atividades de promoção e educação em saúde que são realizados para grupos da população: creches, escolares, gestantes, grupos de diabéticos, cardiopatas e idosos.

AL

Com apoio político e financeiro

Em Cambé, a implantação das ESB na estratégia Saúde da Família deu-se no mediante o apoio político e financeiro da administração municipal, a partir de um planejamento que viabilizou o atendimento às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e da estratégia Saúde da Família, adaptando-as à realidade local. Assim, as equipes foram compostas por profissionais do quadro próprio do município com a instituição do Tempo Integral de Dedicação Exclusiva, o que viabilizou a extensão da carga horária dos dentistas de 20 para 40 horas semanais.

Cambé conta, hoje, com 11 Unidades Saúde da Família na zona urbana e uma Unidade Básica na zona rural. Ao todo são 18 ESB, sendo que todas as áreas do município são cobertas com pelo menos uma ESB.

O projeto e a forma de funcionamento do programa foram apresentados e aprovados no Conselho Municipal de Saúde. Conforme conta a coordenadora municipal de Saúde Bucal de Cambé, Odimara , procurou-se colocar pelo menos uma ESB em cada unidade de saúde do município. "Foi deliberado que o foco do atendimento seria familiar, e que era necessária a criação de um instrumento de avaliação para que se conhecesse a realidade epidemiológica da população e a definição de critérios para iniciar o atendimento das famílias", lembra ela.

A aplicação do instrumento de pesquisa é feita pelos agentes comunitários de saúde (ACS) em todos os domicílios de sua área de abrangência. Após o preenchimento, o instrumento é analisado pelo profissional que prioriza o atendimento às famílias que apresentam riscos social e biológico identificados. O cirurgião-dentista visita a família selecionada, realiza a primeira ação educativa e faz o agendamento dos familiares para receber atendimento odontológico na unidade. Gestantes e bebês menores de um ano têm atendimento odontológico garantido, independente da avaliação de risco.

Para reorganizar os serviços e assegurar a integralidade nas ações de saúde, os técnicos da SMS elaboraram um Protocolo de Atenção Odontológica, que passou por um processo de validação interna e externa e teve lançamento oficial durante a abertura do 5º Encontro Paranaense de Administradores e Técnicos do Serviço Publico Odontológico (Epatespo), ocorrida em setembro deste ano.

Melhoria da qualidade de vida

A SMS tem registrado várias ações que passaram a ser desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal de forma a incluir a população na atenção odontológica. Um exemplo disso é que a cobertura a bebês passou a ser total, uma vez que as equipes fazem busca ativa por meio das informações obtidas pelo Sinasc.

Outra ação destacada pela coordenadora é a ampliação dos grupos de gestante nas Unidades Saúde da Família, uma vez que, para garantirem o atendimento odontológico, as gestantes devem fazer acompanhamento no pré-natal e participar de pelo menos uma palestra educativa da unidade, onde são priorizadas orientações sobre os sinais e sintomas do parto, aleitamento materno, cuidados com os recém-nascidos e a saúde bucal.

Conforme relato da coordenadora, foram desenvolvidos, por iniciativa das ESB, "mutirões para detecção de lesões de boca em idosos, desdentados totais e portadores de próteses mal adaptadas", sendo que os casos identificados foram encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Cambé. Segundo ela, até a implantação da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, "a população adulta era praticamente excluída da atenção odontológica". Hoje, ela confirma: "são inúmeros os relatos dos próprios profissionais em reuniões e depoimentos de usuários quanto à sua satisfação e resgate da auto-estima em função do tratamento odontológico preventivo".



SAÚDE BUCAL É PRIORIDADE NO MUNICÍPIO DE EUZÉBIO NA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA

Os dois últimos anos bateram o recorde de recursos investidos em Saúde Bucal na história do município de Euzébio, no Ceará. Com uma população de 38 mil e 500 pessoas e com um projeto de ampliar de 11 para 14 o número de Equipes Saúde Bucal (ESB) e passar de 89,7% da cobertura populacional para 100% na estratégia Saúde da Família, o município ganha destaque quando o assunto é investimento na área de saúde e qualificação das equipes. Somente em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde destinou R$ 202 mil para o trabalho desenvolvido pelas ESB, contra os R$ 101 mil do ano anterior.

Para o secretário municipal de Saúde, Mário Lúcio Martildes, o trabalho das Equipes Saúde Bucal procura seguir as diretrizes do SUS. São 11 ESB que funcionam junto às ESF nos seus territórios correspondentes. Ele conta que cada ESB possui consultório completo "com todos os equipamentos necessários para prestar um bom atendimento à comunidade".

Ao fazer um paralelo entre a realidade de antes e a de agora, com a implantação das ESB, Mário Lúcio argumenta que a prefeitura e a população deparam-se, nos dias de hoje, com o que ele chama de "um grande salto" na atenção à saúde bucal. Trabalhando no município há 17 anos, o secretário diz ter visto a evolução no atendimento provocado na comunidade a partir da implantação das ESB. "Anteriormente, só tínhamos dentistas em algumas localidades, com o atendimento limitado há três horas diárias, três ou quatro vezes por semana, e, praticamente, nenhum procedimento coletivo", lembra ele, reforçando um defeito grave no padrão anterior: "o profissional não se envolvia com a comunidade".

Sobre o tratamento dado à demanda reprimida de outros bairros que ainda não têm a presença das ESB, o secretário adianta que todos os bairros de Euzébio possuem ESB, mas, por se tratar de uma cidade industrial, o projeto que está sendo implantando inclui até mesmo o atendimento noturno em algumas localidades estratégicas.

Diante da necessidade de acompanhar a crescente necessidade da população por serviços odontológicos, a meta é ampliar para 14 ESB até o final deste ano. Estas novas ESB já estão qualificadas junto ao Ministério da Saúde. Para reforçar a prioridade na Saúde Bucal, foi inaugurado em junho de 2006, um Laboratório Regional de Próteses Dentárias, que prestará serviços não só à população de Euzébio, como também aos municípios vizinhos.

Um processo de territorialzação

Na cidade de Euzébio, a implantação das ESB na Saúde da Família aconteceu mediante processo de "territorialização". Foi verificada a necessidade de expansão de ações básicas em saúde bucal e, em seguida, foram adotadas as providências para criação de infra-estrutura e contratação de pessoal para implantação das equipes.

Como resultados práticos que demonstram o aumento da qualidade de vida da população, o secretário Mário Lúcio Martildes argumenta que nas avaliações realizadas foi verificado que a garantia do acesso à área de Saúde Bucal constitui motivo de grande satisfação para a população. Para ele, "a população percebe que ficou mais fácil conseguir acesso, e as ações coletivas com objetivo de promover a saúde são cada vez mais amplas".

Perguntado se existe alguma atividade que tenha sido um diferencial na atuação da Saúde Bucal no município, o secretário esclareceu que isso se deu com a implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Mário Lúcio Martildes assinala que todas as atividades do CEO são realizadas a partir das demandas das ESB da Saúde da Família, e que o sistema de referência e contra-referência media essa integração. Ele aponta o que precisa ser melhorado: "a ampliação das ações de promoção e prevenção à saúde bucal".



RASTREAMENTO DO CÂNCER BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRUTURAÇÃO E FORTALECIMENTO DA REDE DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Luís Cláudio Sartori[1], Paulo Frazão São Pedro[2], Silvio de Abreu[3] e Irmã Monique Bourget[4]

[1] Cirurgião Dentista. Mestre em Saúde Pública pela FSP/USP. Coordenador da Fase 2 do PROESF – DAB/SAS/MS.

[2] Cirurgião Dentista. Doutor em Saúde Pública. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, Professor credenciado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública FSP/USP – Depto. de Práticas de Saúde Pública.

[3] Cirurgião Dentista. Especialista em Saúde Pública e Estomatologia. Coordenador de SB / SF Santa Marcelina. Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Faculdade Santa Marcelina/MS. Estomatologista do Centro de Referência do Idoso da SES-SP.

[4] Médica especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade de McGILL- Canadá. Mestre em Epidemiologia pela EPM/UNIFESP. Diretora Clínica do Hospital Santa Marcelina de Itaquera - SP. Coordenadora da SF/Santa Marcelina - SP.

A estratégia saúde da família (SF) foi implementada na Zona Leste da cidade de São Paulo no início de 1996, a partir de um contrato de co-gestão, inicialmente celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Casa de Saúde Santa Marcelina. À época, a estratégia iniciou-se com a implantação de 9 equipes saúde da família (ESF), distribuídas em unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde e em prédios alugados pela instituição parceira. Atualmente, a Casa de Saúde Santa Marcelina coordena 57 unidades básicas de saúde que abrigam 208 ESF, responsáveis por 178.482 famílias cadastradas, perfazendo um total de 683.963 habitantes acompanhados, o que representa cobertura aproximada de 25% de toda a região Leste da cidade (BRASIL, 2006).

Ações de saúde bucal na estratégia saúde da família Santa Marcelina foram implementadas a partir de meados de 1998. Desde o início das programações foi fundamental o entendimento e apropriação – pelas equipes de saúde bucal – das diretrizes estruturantes da SF e o potencial delas para aumentar a efetividade das ações propostas. No cenário da definição territorial e adscrição da população, entendeu-se que o conceito de atenção básica em saúde bucal, aplicável na SF, deveria ser encarado de forma ampla. Priorizou-se um conjunto de ações relacionado à promoção/prevenção, com clara perspectiva de atenção básica ampliada, envolvendo não apenas as ações mencionadas, mas, também, ações da assistência individual a grupos social e epidemiologicamente mais vulneráveis e os serviços especializados socialmente mais necessários.

Com o objetivo precípuo de reconhecer rapidamente os agravos de saúde bucal acumulados na população adscrita e auxiliar na organização da demanda para a assistência, as equipes foram preparadas do ponto de vista técnico para a realização de rastreamentos populacionais nos diversos territórios: áreas e micro-áreas. O rastreamento, a partir de exames visuais da boca, foi empregado para reconhecer a extensão e a gravidade de determinadas condições, a fim de subsidiar a programação das ações coletivas e da assistência individual.

A técnica de rastreamento utilizada combinava códigos, critérios e procedimentos considerados relevantes para cárie dentária, condições do periodonto e tecidos moles bucais (SARTORI, 2000).

No que se refere às condições dos tecidos moles bucais realizou-se, em 2004, estudo transversal e descritivo nos territórios cobertos pela estratégia saúde da Família Santa Marcelina, com o objetivo de avaliar a acurácia de exames visuais da boca – realizados por dentistas – em rastreamento populacional delineado para identificação de lesões pré-malignas e câncer bucal na população de 50 e mais anos de idade, ambos os sexos.

Foram 2.980 rastreados de 50 e mais anos de idade, do total de 15.072 adscritos desse grupo etário, em 7 unidades básicas de saúde que contavam, à época, com clínicas de saúde bucal (BRASIL, 1999). Dentre os rastreados, 537 indivíduos (18,02%) foram considerados positivos ao teste, portanto, suspeitos de possuírem lesões pré-malignas e câncer bucal. O exame clínico dos positivos ao teste, realizado com assessoria do estomatologista e concluído em 3 (três) meses após a aplicação do rastreamento, permitiu diagnosticar 133 lesões (4,46%). Conforme padronização das equipes de saúde bucal, 50 lesões (1,68%) foram classificadas como pré-malignas e os achados de câncer totalizaram 8 casos, correspondendo a 0,27% ou 27 casos em 10.000 indivíduos.

O valor da medida da sensibilidade do teste foi 91,73% (IC 95%: 90,74 – 92,72) e a especificidade 85,42% (IC 95%: 84,15 – 86,65). O valor preditivo do teste positivo (VPP) foi 22,72% (IC 95%: 21,22 – 24,22) e o valor preditivo do teste negativo (VPN), 99,55% (IC 95%: 99,31 – 99,79) (SARTORI et al, 2006).

Cabe ressaltar que a opção pela utilização – ou não – de técnica de rastreamento deve considerar teste de alta sensibilidade, capaz de reconhecer o máximo de casos, particularmente os de baixa prevalência e alta especificidade, para reduzir, ao máximo, o número de casos falsos positivos que necessitem investigação posterior, de modo a ser aplicado com menos freqüência. Outra observação importante demonstra que o valor preditivo positivo da maioria dos testes de rastreamento pode ser baixo, mesmo para testes de alta especificidade, para eventos de baixa prevalência (FLETCHER 1996).

A técnica de rastreamento utilizada na Saúde da Família Santa Marcelina apresentou alta sensibilidade (91,73%) e alta especificidade (85,42%). Esses valores foram semelhantes aos apontados na literatura consultada (WARNAKULASURIYA et al 1990; IKEDA et al 1991 e 1995; DOWNER et al 1995; MATHEW et al 1997), independentemente se o primeiro examinador foi o dentista ou o agente de saúde. A única exceção foi o resultado da sensibilidade (59%), apresentada no trabalho de METHA et al (1986), cujo primeiro examinador foi o agente de saúde.

O valor preditivo positivo do teste (22,72%) foi aceitável, particularmente quando observamos os aspectos apontados por FLETCHER sobre o comportamento dessa medida em rastreamentos de eventos raros.

Outro pressuposto fundamental quando utiliza-se técnica de rastreamento populacional refere-se à potencialidade clínica para a realização dos re-exames dos considerados suspeitos e à estruturação e/ou fortalecimento da rede de referência, especialmente para os exames laboratoriais e tratamento dos casos mais graves.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) advertiu, com propriedade, que a aplicação de técnica de rastreamento populacional não deverá, em hipótese alguma, ser considerada um serviço propriamente dito. O procedimento deverá ser parte integrante de uma estratégia ampla, que compreenda a realização de diagnóstico definitivo dos achados considerados suspeitos e a imediata implementação de ações ou intervenções adequadas, em nível preventivo e curativo (OMS, 1995).

Os resultados do estudo conduzido por SARTORI et al (2006) demonstraram que as duas principais diretrizes estruturantes da



estratégia saúde da família – território definido e população cadastrada, permitiram o re-exame dos 2980 rastreados num período aproximado de três meses entre as duas atividades. Esses re-exames foram realizados de forma ordenada, do maior para o menor risco para o câncer bucal, considerando os critérios adotados no rastreamento.

Por outro lado, sob orientação da atenção básica, estabeleceu-se uma rede eficiente de referência e contra-referência para realização dos exames laboratoriais e atendimento dos casos considerados graves.

Inicialmente, no escopo da atenção básica, os dentistas responsáveis pela aplicação do rastreamento e re-exames clínicos foram treinados para a realização de biópsias, leitura dos exames anatomopatológicos e tratamento dos casos menos complexos. À época do estudo (2004), o Laboratório de Análises Clínicas da Casa de Saúde Santa Marcelina iniciou a rotina do suporte técnico e logístico – transporte das peças, realização dos exames e devolução dos laudos – para as 7 unidades que contavam com clínicas de saúde bucal e aplicavam o rastreamento.

A partir dos laudos e avaliação clínica, os casos menos complexos foram solucionados pelos dentistas treinados, a partir da realização de biópsias excisionais, com a devida margem de segurança e a definição da rotina de acompanhamento periódico dos cadastrados. Os casos mais graves, à época do estudo, eram encaminhados para o serviço de Estomatologia e Cabeça e Pescoço do Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, na Santa Casa de São Paulo.

Atualmente, os dentistas da atenção básica treinados para a realização de biópsias, leitura de exames anatomo-patológicos e resolução dos casos menos complexos, encaminham os casos que demandam tratamentos especializados para o Serviço de Cabeça e Pescoço da Casa de Saúde Santa Marcelina, que é a referência da atenção terciária para todas as unidades que hoje contam com clínicas de saúde bucal, na estratégia saúde da família Santa Marcelina.

Os dentistas da atenção básica que ainda não estão treinados para a realização de biópsias, encaminham os cadastrados com teste positivo para o serviço de estomatologia do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), segundo delimitação e arranjo territorial. No CEO o procedimento (a biópsia) é realizado e os exames laboratoriais e tratamentos especializados, quando necessários, também estão sob responsabilidade da Casa de Saúde Santa Marcelina (Laboratório e Serviço de Cabeça e Pescoço).

Na região do Itaim Paulista – extremo da Zona Leste do município – que não conta com CEO, a referência para os casos considerados suspeitos é o Centro de Referência do Idoso (CRI) da Secretaria de Estado da Saúde que acolhe o cadastrado, realiza a biópsia e encaminha os casos mais complexos para o Serviço de Cabeça e Pescoço da Casa de Saúde Santa Marcelina, para o tratamento especializado.

No que se refere à reabilitação protética, a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) é referência para todas as unidades da Zona Leste da cidade de São Paulo, que organizam a demanda para assistência odontológica, a partir da realização de técnica de rastreamento populacional.

Procedimentos relacionados à quimioterapia e radioterapia, quando indicados, também estão disponíveis na grade de referência da Casa de Saúde Santa Marcelina.

O conjunto dos resultados do estudo conduzido por SARTORI et al (2006) apontou que a utilização de técnica de rastreamento populacional, na saúde da família Santa Marcelina, foi bastante eficaz para o

reconhecimento de lesões pré-malignas e câncer bucal. Importante ressaltar que as etapas que precederam sua aplicação possibilitaram significativa sensibilização das equipes para as questões relacionadas ao diagnóstico bucal e a identificação de uma rede de referência, para realização dos exames laboratoriais e atendimento dos casos mais graves. Esses resultados, traduzidos em programações, viabilizaram, também, a organização da demanda para assistência sob critérios mais justos.

O estudo também contribuiu para reforçar que a característica multifatorial da etiologia do câncer bucal – que engloba fatores endógenos como a herança genética e fatores exógenos ambientais e comportamentais – pode tornar a doença menos suscetível ao rastreamento, quando aplicado como ação de saúde pública. Porém, considerando o conjunto dos resultados, pode-se concluir que a técnica contribuiu para a prevenção e controle do agravo nos territórios onde foi aplicado.

Referências bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/ COSAC-DATASUS. SIAB: Sistema de informação da atenção básica. Consolidação das famílias cadastradas do ano de 1999. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 1999.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/ COSAC-DATASUS. SIAB: Sistema de informação da atenção básica. Consolidação das famílias cadastradas do ano de 2006. PSF Santa Marcelina, São Paulo, 2006.

3. DOWNER, M. C., MOLES, D. R., PALMER, S., SPEIGHT, P. M. A systematic review of teste performance in screening for oral cancer and precancer. Oral oncology 40: 264-273, 2004.

4. DOWNER, M.C., EVANS A.W., HUGHES H.C., JULIEN J.A., SPEIGHT P.M., ZAKRZEWSKA J.M. Evaluation of screening for oral cancer and precancer in a company headquarters. Community Dentistry & Oral Epidemiology 1995; 23: 84-8.

5. FLETCHER, R.H., FLETCHER, S.W., WAGNER, E.H. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. Porto Alegre, Artmed, 3.ª ed., 1996.

6. IKEDA, N., DOWNER, M.C., OZOWA, Y., INOUE, C., MIZUNO, T., KAWAI, T. Characteristics of participants and non-participants in annual mass screening for oral cancer in 60-year-old residents of Tokoname City, Japan. Community Dental Health 1995; 12: 83-8.

7. IKEDA, N., ISHII, T., LIDA, S., KAWAI, T. Epidemiologycal study of oral leukoplakia based on mass screening for oral mucosal diseases in a selected Japanese population. Community Dentistry & Oral Epidemiology 1991; 19: 160-3.

8. MATHEW, B., SANKARANARAYANAN, R., SUNILKUMAR, K.B., et al. Reproducibility and validity of oral visual inspection by trained health workers in the detection of oral precancer and cancer. British Journal of Cancer 1997; 76: 390-4.

9. MATHEW, B., SANKARANARAYANAN, R., WESLEY, R., NAIR, M.K. Evaluation of mouth self-examination in the control of oral cancer. Br. J. Cancer, 1995; 71: 397-99.

10. MEHTA, F.S., GUPTA, P.C., BHONSLE, R.B., MURTI, P.R., DAFTARY, D.K., PINDBORG, J.J. Detection of oral cancer using basic health workers in an area of high oral cancer incidence in India. Cancer Detection & Prevention 1986;9: 219-25.

11. SANKARANARAYANAN , R. Oral cancer in India: an epidemiologic and clinical review. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 69: 325-30, 1990.

12. SANKARANARAYANAN, R. et al. Recent results of oral cancer research in Kerala, Índia. Head Neck, 14: 107-12, 1992.

13. SANKARANARAYANAN, R. Health care auxiliaries in the detection and prevention of oral cancer. Oral Oncol., 1997; 33: 149-54.

14. SANKARANARAYANAN, R., MATHEW, B., BINU, J., THOMAS, G., SOMANATHAN, T., PISANI, P., PANDEY, M., RAMADAS, K., NAJEEB, K., ABRAHAM, E. Early findings from a community based cluster randomised oral cancer screening intervention trial in Kerala, India. Cancer, 2000; 88: 664-73.

15 .SARTORI, L.C. Saúde bucal da família. PSF Santa Marcelina, São Paulo, mimeo, 2000.

16. SARTORI, L. C., SÃO PEDRO, P. F., BOURGET, M., ABREU, S. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família. Memorial da II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

17. WARNAKULASURIYA, S., PINDBORG, J.J. Reliability of oral precancer screening by primary health care workers in Sri Lanka. Community Dental Health 1990; 7: 73-9.

18. WORLD HEALTH ORGANIZACION. National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. World Health Organizacion, Geneva, 1995.



RELATOS DE USO DAS FERRAMENTAS SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DO CUIDADO, A PARTIR DAS ATIVIDADES DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE CURITIBA

Antonio Dercy Silveira Filho[1]
Paulo Capel Narvai[2]



[1] Cirurgião Dentista, especialista em Saúde da Família. Mestre em Saúde Pública pela USP. Coordenador de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde (2005 -).

[2] Cirurgião Dentista, Doutor em Saúde Pública pela USP. Professor Livre Docente da USP. Professor Visitante na Universidad de Sevilla (Espanha), Universidad de la Republica (Uruguai) e Universidad de Antioquia (Colombia). Consultor do MS desde 1997. Coordena o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da USP (2006 -). Representa a USP no Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (2005 -).

Introdução

Este artigo relata parte um estudo qualitativo que integra a Dissertação de Mestrado defendida na Faculdade de Saúde Pública/USP (SILVEIRA FILHO 2006), onde aspectos acerca da racionalidade, do processo e dos resultados da utilização das Ferramentas Saúde da Família (FSF) (PAPP 1973, CRISTIEE 1984, MOYSÉS e TALBOT 1999, OLIVEIRA 1999, SILVEIRA FILHO 2001, WILSON 2000, MOYSÉS 2002 SILVEIRA FILHO 2006), foram abordados.

As FSF são originárias do modelo de Medicina Familiar Canadense foram adotados pela gestão municipal de Curitiba, desde 1993, como tecnologias leves para uso das equipes Saúde da Família (SF) (SMS CURITIBA 2002). As utilizadas pelas equipes SF do município são: Ciclo de Vida Familiar, Genograma ou a Árvore Familiar, Modelo FIRO, e o PRACTICE (PAPP 1973, CRISTIEE 1984, MOYSÉS e TALBOT 1999, OLIVEIRA 1999, SILVEIRA FILHO 2001, WILSON 2000, MOYSÉS 2002 SILVEIRA FILHO 2006).

O artigo relata alguns exemplos de uso das FSF, descritos a partir da experiência clínica de profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF) do município de Curitiba, numa abordagem integrada entre as áreas médica-enfermagem e saúde bucal. Visa elucidar alguns aspectos relevantes à adoção de tecnologias leves (MERHY 2002), como das FSF, que buscam contribuir com a mudança das práticas na Atenção Básica / Saúde da Família (AB/SF) para a consolidação de uma abordagem ampliada dos processos de saúde-doença dos indivíduos-família-comunidade, com enfoque no cuidado em saúde.





Objetivo

Perceber em que medida o uso das FSF fazem parte do processo de trabalho das ESF – Curitiba, os principais elos entre teoria e prática, e percepções acerca dos resultados de uso.

Procedimentos Metodológicos

O estudo utilizou-se do método de pesquisa qualitativa, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFREVE 2003), metodologia que transita através da discursividade dos sujeitos para se chegar às Idéias Centrais (IC) e a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), onde se expressa idéias da representação social de um grupo acerca de temas que lhe são relevantes. Para tal, o método DSC propõe a captura de informações a partir de entrevistas semi-estruturadas e abertas, com informantes representativos ao tema em pesquisa, no caso, profissionais médicos, dentistas e enfermeiros das ESF – Curitiba.

Após aplicação do Roteiro de Entrevista para sua validação, foi acrescida uma questão - "Você tem algum exemplo do uso das Ferramentas da Saúde da Família na sua prática, em atividade conjunta com a equipe de Saúde Bucal, que gostaria de comentar? - questão 7 do Roteiro de Entrevista (SILVEIRA FILHO 2006), naquele momento, apenas com o objetivo de elucidar e ampliar a discursividade dos entrevistados frente ao tema. Porém, que posteriormente, possibilitou aplicação de outro método de pesquisa qualitativa, o Relato de Caso (MINAYO 1998, 2004).

Este artigo, portanto, refere uma analise de conteúdo, secundária aos DSC construídos, oriunda da observação acerca de alguns dos Relatos de Caso descritos.

Resultados e Discussão
Relato 1 - de um cirurgião dentista

"*Na verdade, logo no início da nossa unidade de saúde, a primeira coisa que a odontologia faz é – Vamos para a escola fazer o levantamento epidemiológico, ver com que está a situação da saúde bucal dessa faixa etária. – Na época a gente ainda não tinha a clínica odontológica, nada, então vamos fazer um trabalho de ação coletiva na escola. E lá a gente achou uma criança que tinha... acho que 12 anos, com todos os dentes em estado de raiz. Os dentes permanentes. Opa! Isso é uma coisa que choca. Eu nunca tinha visto uma coisa dessas. Todos os dentes! Todos os dentes permanentes! No dia seguinte a equipe da odonto (dentista, THD e uma ACD) foi fazer visita domiciliar nessa casa, para ver o que é que estava acontecendo. Ah! E a professora dessa aluna falou que o irmão também tinha todos os dentes em estado de raiz. Fomos lá, e lá a gente aplicou algumas ferramentas, e viu que o problema dessa família, era uma coisa da relação entre os membros da família. Que a mãe saía para trabalhar e a irmã mais velha ficava cuidando das crianças, e daí, para as crianças não chorarem a irmã dava uma chupeta com açúcar desde ele eram pequenininhos, e eles usam chupeta com açúcar até hoje. Então isso a gente descobriu.*

Se fosse só na escola, a gente não ia saber muito o motivo disto. Os outros irmãos estão todos com os dentes sadios. Com o uso das FSF a gente soube que naquela família, tinha



uma pessoa que dominava toda a situação. Ela falava pelas crianças, ela sempre-respondia pelas crianças. Com o uso das FSF a gente conseguiu descobrir uma pessoa que era influente naquela família. Se a gente fosse só no ambiente escolar a gente nunca ia saber, com quem que a gente poderia conversar naquela família. A gente não pode começar a trabalhar direto com estas crianças, elas têm 12, 13 anos,e nunca foram num dentista, nenhuma vez! Não é agora, de primeira, que nós vamos convidar e elas vão querer vir. Então, com quem que a gente vai começar? Com essa irmã mais velha, que é a pessoa influente dentro dessa família. A gente convidou essa irmã mais velha, fizemos as restaurações, na verdade ela tinha uma cariezinha só. Fizemos restauração, tratamento, profilaxia, raspagem, essas coisas assim, daí a gente conquistou ela. Conquistando, mostrando as vantagens de tratar dos dentes, e daí sim, vieram os outros dois tratar. Foi quando a gente fez as extrações necessárias, e encaminhou para fazer prótese total."

Este relato elucida a importância de se trabalhar as questões relacionais da família, diretamente no ambiente da familiar, com as tecnologias leves como com o uso das FSF, mesmo que com a visão organizacional clássica da Saúde Bucal Coletiva, como na organização do programa escolar. Isto porque, seu uso possibilita maior objetividade, direcionalidade e enfoque adequado ao planejamento e realização dos tratamentos clínicos na Saúde Bucal possibilitando maior efetividade no cuidado posterior, e desta maneira ampliando as possibilidades de uma melhor prospecção aos casos.

Relato 2 - de um cirurgião dentista

"Nós fizemos um Genograma bem completo porque é um caso de câncer de boca, paciente fumante e tem todo um histórico dele, da família. De alcoolismo dele, e da família, de tabagismo. Neste caso é importante para a gente conhecer. A gente está fazendo um estudo bem amplo. É importante a gente conhecer o histórico. Ele trabalhou num curtume, lidava com produtos químicos fortíssimos. Os pais têm história de tabagismo, de alcoolismo, tem história de câncer na família. Então a gente acha interessante para entender o processo saúde-doença."

Este relato demonstra que o uso das FSF pode auxiliar na elucidação de questões sociais, comportamentais e culturais, seja na própria família, do ambiente do trabalho ou da comunidade, que podem diretamente interferir na determinação do processo saúde-doença dos indivíduos-família-comunidade, e que seguramente, deverão ser levadas em consideração para o estabelecimento de um plano de tratamento integral.

Relato 3 - de um enfermeiro

"Tem o caso aqui do nosso paciente AB. Ele tem uma deficiência mental, e estava muito agressivo, muito agressivo, e ele não consegue falar. Ele não fala, mas a mãe entende muito, só de olhar a mãe sabe o que o menino está sentido, sabe assim, ela deduz o que é que o menino tem. E a médica foi [na casa], fez palpação, fez exame físico, e estava o pessoal da odonto junto – Será que ele não está com dor de dente?[a equipe de Saúde Bucal da AB/SF perguntou] – Tem que estar junto porque eu não ia me lembrar da boca dele, não ia me lembrar mesmo, sabe? – Puxa vida o que é que ele tem? Os exames estão normais e ele continua agressivo. Está tomando medicamento? –– E a menina da odonto – Mas será que o dente dele não está incomodando? – aí surgiu [a questão] – Como é que a gente vai tratar ele? Vai ter que anestesiar – É muito importante estar um com-ponente da odonto. Muitas vezes a gente esquece que o paciente tem a boca. Na verdade a gente não pode fragmentar, mas se tiver assim os diversos da equipe junto, estar ali atuando mesmo, na dinâmica mesmo."

Este relato elucida fundamentalmente o papel e a importância da atuação da equipe interdisciplinar numa abordagem integral dos processos saúde-doença, com vistas ao estabelecimento do cuidado em saúde, especialmente nas situações de maior gravidade clínica, sejam oriundos da área médica-enfermagem ou da área da Saúde Bucal. Evidencia também a relevância da VD dirigida a casos específicos (graves), onde sua realização conjunta (entre as áreas médico-enfermagem e saúde bucal) é fundamental para o estabelecimento de planos de tratamento, com vistas ao cuidado em saúde.

Relato 4 - de um médico

"Olha nós atendemos casos coletivamente, às vezes eu demando, eles [a equipe de Saúde Bucal] demandam o atendimento de alguns pacientes conjuntamente. Eu me lembro de uma senhora, uma senhora de trinta e poucos anos, acamada, teve uma queda. E nós conjuntamente, junto com a filha (que é cuidadora), e a saúde bucal, tentamos também resolver o problema de saúde bucal dessa paciente. Ela tinha uma dificuldade de mastigação, a partir de uma constatação ali [na casa], que ela precisaria também desse cuidado. E a equipe da odonto foi lá teve que trocar a dentadura, ela tinha prótese total, e acabamos atendendo aquela paciente conjuntamente. Então esse é um caso que eu lembro muito claramente que houve uma intervenção conjunta com o pessoal da odonto conosco."

Este caso elucida a importância e os benefícios no tratamento de pacientes gra-ves, quando se estabelece uma abordagem integrada da equipe de AB/SF entre as áreas, médico-enfermagem e saúde bucal. Onde as FSF são apontadas como elementos que fortalecem o estabelecimento desta integração.

Relato 5 - de um cirurgião dentista

"Tem vários casos, mas, por exemplo, que a gente usou a ferramenta tanto para a gente como para o paciente, foi um caso de uma menina que a gente foi para a visita de DN [Declaração de Nascidos Vivos]. E daí a gente foi fazendo o Genograma e conversando, e estava a mãe junto. E elas foram começando a falar a respeito justamente do câncer de colo. A mãe tinha já tido NIC 1 [estágio inicial de câncer de colo de útero], a mãe dela tinha morrido de câncer de útero, uma prima dela também tinha NIC 1. Então a gente começou a ver e a mostrar para esta família que fazer preventivo para elas é uma coisa extremamente necessária. Porque é uma coisa que vem se trazendo de longe."

Neste relato pode-se perceber que a equipe de Saúde Bucal da AB/SF, ao realizar uma Visita Domiciliar (VD) para aplicação de uma das FSF, mesmo que o motivo inicial seja a Saúde Bucal de um recém-nato (DN), quando atenta às questões de saúde geral que podem afligir ao demais familiares, no caso com (1) o uso do Ciclo de Vida Familiar, que descreve padrões de previsibilidade de doenças em cada uma das fases deste ciclo; e, (2) do Genograma, que facilita a detecção de padrões de doenças intergeracionais; esta equipe também pode auxiliar a área médica-enfermagem a esclarecer, desencadear ações cunho preventivo, e/ou mesmo a dar segmento a aspectos relevantes ao tratamento de doenças de diferentes ordens, que podem abalar o futuro de todos os processos saúde-doença daquela família, como é no caso, a ocorrência de um câncer de colo uterino. Desta maneira, o uso das FSF, demonstrou ser um aliado à prática do cuidado longitudinal familiar, e um facilitador na articulação entre equipe médica-enfermagem e da Saúde Bucal.

Relato 6 - de um cirurgião dentista

"Não me lembro bem o nome, mas no caso de família com histórico de câncer. Ela estava com uma lesão, tinha prótese total há muito tempo, daí você começa ver que a família inteira tinha. Daí você vê que a mãe teve problema de câncer de boca, o pai teve câncer de próstata, não sei quem teve... a tia teve de mama, todos tabagistas, associados à questão da infestação. Todos com fatores de risco e você vendo a doença se manifestando em vários locais, mas no final das contas, uma doença só, mas se manifestando em vários locais. O que me chamou a esta casa foi a questão da boca, mas quando a gente começou a ver, a gente viu que a coisa era muito maior."

Outro relato que aponta fortemente como uma possível contribuição ao trabalho das equipes de AB/SF o uso das FSF, (1) dadas às facilidades de se chegar ao conhecimento de situações de repetição de padrões de doenças intergeracionais; (2) ao cruzamento entre diagnósticos de doenças da boca e da saúde geral; e (3) a necessidade de fortalecimento das ações conjuntas das áreas de médico-enfermagem e de saúde bucal de uma equipe de AB/SF. Este caso elucida ainda, o papel diferenciado em que as ações específicas de prevenção do câncer (sejam referentes à boca ou às demais áreas do corpo) assumem nesta família em relação às demais famílias da área, que não descrevem este padrão de repetição diagnóstica.

Relato 7 - de um cirurgião dentista

"Eoutra vez também foi com o FIRO, por exemplo, que a gente foi trabalhar com um caso de levar o paciente lá no Pequeno Cotolengo [uma Unidade Especializada para pacientes com deficiência], em que a mãe queria muito, mas ao pai não aceitava. E a gente teve que trabalhar bastante a relação do pai e a mãe, para conseguir fazer com que eles levassem essa criança no Pequeno Cotolengo. E conseguimos! Foi bem legal! Mas talvez se a gente não tivesse percebido como é que era a relação do pai e a mãe... porque claro, a gente foi várias vezes. Uma vez a gente encontrou só a mãe, e outra vez só o pai, mas a gente teve que juntar os dois para fazer chegar no problema, que era o filho. Porque o nosso problema era levar no Pequeno Cotolengo, mas entre eles tinham outras questões, mais entre os dois, do que com o filho. Foi assim bem nítido, se a gente não conhecesse aquela família, não conhecesse como é que era a relação, a gente talvez não teria conseguido resolver o problema."

Neste relato, o uso das FSF, mais especificamente do modelo FIRO (Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais), que auxilia de maneira especial a elucidar e a se trabalhar com as famílias, questões relacionadas à distribuição e o compartilhamento de poder. O caso demonstra que situações de maior gravidade, onde valores pessoais e interpessoais estão em jogo, não basta a oferta dos serviços adequados ao caso, cabe à equipe de AB/SF trabalhar culturalmente entre os familiares, quaisquer obstáculos que se interponham, com vistas à sua superação, na busca do estabelecimento dos cuidados adequados a cada caso. Percebe-se também a importância de que esta equipe de AB/SF esteja inserida numa Rede de Atenção, que incluam serviços ambulatoriais especializados, de maneira que a própria equipe de AB/SF coordene este acesso.

Relato 8 - de um enfermeiro:

"Tivemos uma experiência, inclusive com alunos da odonto[3], uma família que nós tínhamos de catadores de papel. E nós não entendíamos por que aquela família sempre estava na unidade. A senhora que era hipertensa, o marido também hipertenso, tinham quatro filhos, uma escadinha. E daí, convencemos com muito custo para convencer o senhor, a fazer vasectomia. Ele tinha muito medo! Isso foi um trabalho de formiguinha com essa família. E como eram catadores de papéis, a casa era repleta de entulhos, era muito bagunçada, era uma situação bem difícil. Aí o que é que aconteceu? Esses estudantes da odonto saíam com a gente para a visita, e nós íamos direto naquela família porque era praticamente todo os dias na unidade. E a gente sabe que quando o usuário vai direto na unidade é porque a SF na rua, a gente não está fazendo direito. Daí a gente começou a se dedicar mais àquela família. E nós fomos descobrir, por que é que eles iam na parte médica e não iam na odonto. –– Por que a dona Maria não levava os filhos na odonto, e ela mesma não ia tratar dos dentes? –– E em algumas das conversas ela acabou conversando com um acadêmico de odonto que, na verdade, ela não tratava dos dentes porque era um ganho na rua. A aparência dela e dos filhos com problemas nos dentes, ajudava a eles pedirem esmolas, a pedir dinheiro, e as pessoas ajudavam mais. Aí qual foi o trabalho com essa família?

A gente foi trabalhando com eles que isso era uma questão de saúde, que se eles não se cuidassem eles iriam ficar doentes. E que a gente iria, na medida do possível, tentar solicitar ou envolver algum órgão que se pudesse encaminhar para que eles tivessem um recurso, uma ajuda de custo em casa. Depois veio a questão da Bolsa Alimentação, a Bolsa Escola, não era ainda. –– O que é que acabou acontecendo? –– A dona Maria começou a freqüentar, a levar os filhos na

[3] Estágio realizado nas US do município de Curitiba, com alunos de odontologia da disciplina de Saúde Bucal Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

odontologia. Mudou completamente a saúde bucal em toda a família. Ela conseguiu entender da importância dos dentes, que a aparência dela poderia ser uma forma rentável, mas que também a estava prejudicando. Porque eles não entendiam que a saúde bucal fazia parte da saúde física também."

O relato reforça a importância do trabalho interdisciplinar em equipe, elucida a importância desta equipe de AB/SF trabalhar outras dimensões que interferem diretamente nos processos saúde-doença, além da dimensão clínica (biomédica), para que se estabeleça efetivamente o cuidado em saúde. O uso das FSF mostrou ser um aliado à abordagem ampliada desses processos, especialmente no diagnóstico no momento do diagnóstico. Porém, salienta que para se obter êxitos, são necessárias várias e sucessivas aproximações para que se consolide um benéfico real ao caso, ou seja, o estabelecimento do cuidado longitudinal. Demonstra assim, a importância de que a equipe AB/SF, numa atitude proativa, se consolide ao longo do tempo, por meio do fortalecimento dos vínculos entre equipe/ família, como o elo principal entre as famílias da área com o SUS.

Além disto, demonstra também o valor do trabalho interdisciplinar em equipe, e a necessidade do estabelecimento de uma abordagem integral aos processos de saúde-doença dos indivíduos-família-comunidade, independente de que as doenças em questão, sejam (classicamente) de ordem estrita ao núcleo da saúde bucal ou da área de médico-enfermagem. Isto porque a vulnerabilidade e o potencial de agravamento de ambas as situações (como é o caso da hipertensão e da periodontite) são preponderantes ao estabelecimento do cuidado em saúde, seja por parte do acompanhamento da equipe de Saúde da Família, seja no estabelecimento do autocuidado e/ou cuidado familiar. E o uso das FSF sugere propiciar o fortalecimento desta interdisciplinaridade.

O relato refere ainda, a necessidade de que a equipe de AB/SF esteja inserida a uma Rede Social de apoio, onde, quando necessário, ela possa interagir junto a outros setores (governamentais ou não), na busca de soluções possíveis às questões originárias da dimensão sócio-cultural e comunitária, que estejam interferindo no re-estabelecimento e na manutenção de processos mais saudáveis dos indivíduos- família- comunidade. E que, para tal, o uso das FSF pode ser um aliado no planejamento das ações e no estabelecimento do plano de tratamento, para além da terapêutica medicamentosa e cirúrgica (do modelo biomédico), ou seja, auxilia a propiciar condições de estabelecimento de planos terapêuticos que incorporam outras dimensões ao cuidado em saúde.



Relato 9 - de um médico

"Eu poderia relatar muitos casos nas varias unidades que eu trabalhei, mas assim, o caso que logo me veio à mente foi o caso da "J". A "J" é uma criança, paralítica cerebral que nós começamos atender, e que tinha muitas convulsões, condição de higiene também muito precária, condição social limítrofe da miséria. A mãe sozinha, sem a presença do pai, sustentando esta criança, e chamava atenção, a precariedade da saúde bucal desta criança. Ao lado da hipertrofia gengival, própria do uso de anticonvulsivante, especialmente a fenitoina, ela apresentava uma gengivite e placas bacterianas de uma intensidade muito grande, apresentando sangramento gengival, e inclusive secreção purulenta nas gengivas. Então, ao lado do trabalho que a gente tentou desenvolver no sentido de compensar o quadro convulsivo dessa criança, de melhorar as condições de higiene, de orientar as condições de dieta dessa criança, onde melhorou, digamos assim... a aceitação geral da família com a saúde geral da criança, seria muito importante, e chamou a atenção, a melhoria da situação da saúde bucal dessa criança. Me parece, que foi um trabalho específico da equipe de saúde bucal, da odontologia, que ademais sempre concorre aquele tratamento inespecífico, de agravos gerais da saúde, das condições sociais também. Neste caso ficou bem marcado a especificidade do trabalho, o resultado. Essa criança não deambula, então teria dificuldade de você levar na unidade. Esse trabalho todo foi feito no domicílio. Isso criou também uma relação com essa criança. Embora seja uma criança com um nível intelectual muito baixo de compreensão das coisas, a gente sentia a gratidão dela quando chegava, especialmente quando chegava o pessoal da odonto. O sorriso estava estampado, e agora um sorriso até já de uma qualidade bem melhor de saúde, de saúde bucal. É um caso para mim emblemático, você veja, entre tantos outros com a importância da participação da odonto. Mas este, como a situação... o antes era muito complicado, e chamava muito à atenção, era muito exuberante a dificuldade de saúde dessa criança e da família, esse resultado foi assim... muito marcante."

O relato de caso reforça a necessidade de atuação conjunta entre equipe de AB/SF das áreas médico-enfermagem e saúde bucal, desde o estabelecimento do diagnóstico, passando pela recuperação, manutenção e acompanhamento dos casos graves, em que o cuidado em saúde depende, em maior medida, da própria atitude proativa da equipe de AB/SF. Seja porque refere uma situação grave da "doença em si" (questões biomédicas), seja porque as demais dimensões que interferem no processo saúde-doença lhe sugerem maior vulnerabilidade, como as questões sócio-econômico-culturais, ou da falta de aporte adequado, como o acesso a uma rede de atenção ambulatorial especializada e/ou hospitalar, bem como a uma Rede Social de apoio.

Casos como este, muitas vezes, exigirão da equipe de AB/SF uma adaptação de algumas ações e práticas que até então estava estritas ao ambiente da clínica odontológica, para que, adaptadas à reali-dade e transferidas ao ambiente domicílio, na medida do possível, se re-estabeleçam condições mais favoráveis a fortalecimento de processos saúde-doença mais saudáveis.

O uso das FSF no estudo de caso pela equipe de AB/SF, que integra conjuntamente as áreas de médico-enfermagem e da saúde bucal, sugere a elaboração de melhor e mais ampliado diagnóstico em saúde, conferindo potencialidade no estabelecimento do planejamento conjunto de ações, ou seja, no plano de integral de tratamento, na programação das etapas destinadas a fortalecer as condições favoráveis ao re-estabelecimento do equilíbrio do processo saúde-doença, interferindo diretamente na atitude de cuidado em saúde dessas equipes e dos familiares.

Relato 10 - Relato de um médico

" Tem mais de um caso, mas são casos que nós pegamos por equipe. Eu lembro o caso de uma família que nós resolvemos incluir no radar [conceito de coordenação do acesso aos demais níveis de complexidade do sistema trabalhado dentro do marco referencial dos Sistemas Integrados de Saúde proposto por MENDES[4]], e a partir daí toda a equipe ficou de tomar alguma atitude. E foi a equipe médica e de enfermagem. Nós pedimos a assistente social. Fomos com a equipe de odontologia também, junto. Cada um fez uma abordagem em separado, não foi o grupo todo junto. E aquela família que era uma família que não tinha muitas noções de cidadania, ela foi ter documentos. Lembro de um caso em especial de um senhor com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), que tinha na casa uma criança portadora do vírus HIV que a companheira dele criava, e mais três netinhos dela que ela criava porque eles morreram [os pais das crianças]. Era um casal de idosos com quatro crianças, e eles não eram casados, e numa situação social muito difícil. Lembro daquele paciente porque era um paciente que tinha uma renda até razoável, e no momento em que ele faltasse, a família ia ficar numa situação muito difícil. E com abordagens sucessivas nós fomos conseguindo ajudar o relacionamento do casal para que se preparassem para a perda dele, que não era muito distante. Esse caso foi um caso que realmente evoluiu a óbito, mas ele casou-se legalmente, ele deixou reconhecimento dos netos como tutor e responsável legal, e as crianças estão recebendo o que por direito elas têm. Foi interessante que este paciente era bastante esquivo, e no final ele não pedia para eu ir dar um remédio para ele. Eu estava muito atarefada na unidade e não podia ir sempre, e ele mandou um recado para a gente comunitária que ele queria que eu fosse lá porque ele queria se despedir de mim. Ele tinha criado um vínculo que ia além de esperar que eu fizesse alguma coisa em torno da saúde dele. Ele passou a nos ver como amigos, e ficou muito grato pelo interesse, pela preocupação com a família dele."

Este relato reforça a necessidade da equipe de AB/SF realiza uma abordagem integrada entre as áreas de médico-enfermagem e saúde bucal, em sucessivas aproximações ao longo do tempo. Além disso, reforça a necessidade da equipe de AB/SF apropriar-se das diferentes dimensões que interferem nos processos saúde-doença na família, tanto na realização do diagnóstico ampliado em saúde, quanto no estabelecimento dos planos de tratamento, e que muitas vezes, exigirá da equipe não apenas uma ação ou prática terapêutica medicamentosa e/ou cirúrgica, mas que numa atitude renovada, a equipe busque aliados até mesmo fora do setor saúde, transcendendo especialmente para setores como da área social. A própria clínica da AB/SF passa a integrar uma Rede Social de Apoio, como uma nova terapêutica também própria de sua clínica ampliada com vistas ao cuidado em saúde, e onde o uso das FSF mostra-se um importante aliado na ampliação desde diagnóstico, o que pode ser um facilitador nessa ampliação destes planos terapêuticos.

[4] Conceito trabalhado pela Gestão municipal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, na constituição das Redes Integradas de Atenção à Saúde, desde o ano 2000.

Relato 11 - de um cirurgião dentista

"Esse, até para mostrar certa dificuldade. Uma família bem complexa, de comportamento estranho a princípio, que eles não recebiam as pessoas. A senhora da casa bem arredia para receber a equipe. E eu tinha assumido essa microárea e resolvi ir lá ver o que é que está acontecendo e conversar. Nos primeiros contatos, ela tinha tido um neném há pouco tempo, então o contato seria em função do bebe. Muito ressabiada, muito arredia [a mãe], tinha uma coisa muito estranha naquela casa, que era uma coisa que você via que eram pessoas que não tinham um nível sócio-econômico tão crítico como eu tenho na microárea, que é extremamente crítica. Tinham uma situação um pouco melhor, mas era uma casa que era sombria, inclusive na frente da casa era toda cheia de plantas, era fechada. Você passava num portãozinho, tinham umas trepadeiras na frente, você não via a casa da rua. Aquela casa sempre fechada, suja, mas uma sujeira, uma desordem total. Era assim uma coisa muito absurda, muito anárquica. (....) a gente foi fazendo contato, fiz um Genograma, ela não abriu muito inicialmente porque era muito ressabiada. Começou a ir na odontologia, foi inicialmente, daí desistia. Paciente bem difícil sabe! Mas ela foi cada vez mais recebendo a gente na casa. Daí outros membros da equipe, criou esse vínculo com a odontologia. Mas isso já vem de um tempo longo, não é de ontem este contato. Inclusive o que era neném, a menininha já está grandinha. Uma agressividade também nessa menina, nessa pequena. O outro menino que não saia do quarto, ela começo a contar a história do menino que ficava no quarto. Ele só fica no videogame, ele não sai do quarto fechado, parou de estudar, não vai para escola quer dizer, um menino pré-adolescente, e hoje, o adolescente com um processo de depressão. Uma vez saindo [da casa], me chamou muito à atenção que ela nunca relatou nada de bebida, mas eu olhei próximo da casa, como era muito anárquico tudo, vi um monte de garrafas vazias de cachaça, de tudo quanto é bebida alcoólica. Aquilo me chamou a atenção. Porque é estranho também porque eles não jogavam, estava tudo amontoado assim no quintal, num canto - Quem é que bebe nesta casa? Eu comecei achar que era ela que era alcoolista, porque ela não contava nada de história de alcoolismo. Começou a contar do menino, porque ela [a mãe] começou a ficar muito preocupada. E a gente fez o primeiro contato, foi para o psicólogo em várias situações. Como dentista, a gente fez o vínculo, daí ela começou a levar o outro menino menor, a pequenina... Só que a gente esbarrou numa questão, quando eu pedi, eu peguei e contei - inclusive num momento em que o menino estava numa situação de risco, que ele ameaçava suicídio, ele dizia que se o obrigassem que ele fosse para a escola, a sair do quarto, que ele iria se matar - Daí eu falei com o médico da minha equipe, e aí... se esbarra naquele problema. Nessa época acho que ele não tinha nem feito o treinamento básico, não tinha contato nenhum com as FSF, uma pessoa que se formou há não muito tempo. Ele até foi na casa, fez alguns encaminhamentos para o menino, mas essa habilidade de trabalhar com família, de aplicar uma ferramenta que ali caberia (com certeza um FIRO, um PRACTICE), porque são relações muito complexas. Você esbarra na dificuldade do encaminhamento disso, tem essas dificuldades que eu vejo na questão das ferramentas, mas seria de grande valia aplicar nessas relações. Porque eu, como dentista, até posso, mas é assumir um papel que posso esbarrar numa questão ética. Eu tenho que saber os limites, que são muito tênues na equipe.".

Este relato reafirma a necessidade de sucessivas aproximações da equipe de saúde da AB/SF ao caso-família em questão, para que nuances das diferentes dimensões que possam interferir nos processos saúde-doença sejam aos poucos desvendados.

Por outro lado, sugere que o uso das FSF pode contribuir com o fortalecimento dos vínculos entre a equipe de saúde e os indivíduos-família-comunidade, até mesmo por se estabelecer somente mediante a ampliação de processos de humanização da atenção, como da escuta ativa e da proatividade da equipe frente ao caso-família em estudo. Fortalece a idéia do uso das FSF como um importante fator que contribui para o diagnóstico ampliado, e consequentemente possibilita o estabelecimento de planos de tratamento que incluam terapias além das terapias medicamentosa e cirúrgica.

Por outro lado, sinaliza aspectos relevantes às fragilidades do uso das FSF.

A primeira é que esta é uma tecnologia leve ainda muito pouco difundida e relativamente desconhecida entre os trabalhadores de saúde. Depois, por tratar-se de práticas que exige conhecimentos do campo das ciências sociais e humanas, como a sociologia e a psicologia, os profissionais de saúde têm dificuldades na sua apreensão e incorporação no seu dia-a-dia. Sinaliza que, ainda mais, exige uma atitude transformadora de ações e práticas consolidadas a partir de um outro modelo de racionalidade em que se estrutura todo setor saúde, a biomedicina em contraposição ao modelo de promoção da saúde, cujo modelo de ensino ainda não superou. Por fim aponta a necessidade de não interrupção dos processos de Educação Permanentes para todos os membros das equipes SF, como imprescindíveis ao estabelecimento de novas atitudes que consolidem o cuidado em saúde.



Considerações Finais

Os relatos aqui descritos demonstram que o uso das FSF pelas equipes SF do município de Curitiba tem sido importante aliado em aspectos relevantes à mudança do modelo assistencial proposto a partir da implantação da estratégia SF.

Como aspectos positivos destacam que seu uso: (1) possibilita maior objetividade, direcionalidade e enfoque no planejamento e na realização dos tratamentos clínicos, ampliando as possibilidades do estabelecimento mais efetivo do cuidado em saúde; (2) auxilia na elucidação de questões sociais, comportamentais e culturais, seja da própria família, do ambiente do trabalho ou da comunidade, que podem diretamente interferir na determinação do processo saúde-doença dos indivíduos-família-comunidade; (3) fortalece a atuação da equipe interdisciplinar numa abordagem integral dos processos saúde-doença, com vistas ao estabelecimento do cuidado em saúde; (4) aponta a relevância da VD da equipe iterdisciplinar, dirigida a casos específicos (graves), como sendo fundamental para o estabelecimento de planos de tratamento com vistas ao cuidado em saúde; (5) como elemento que fortalece o estabelecimento da integração entre profissionais da equipe de AB/SF em si, sendo apontado como um

facilitador na articulação entre equipe médica-enfermagem e da Saúde Bucal; (6) como aliado à prática do cuidado longitudinal familiar, auxiliando no fortalecimento dos vínculos da equipe com as famílias e comunidade; (7) facilita o conhecimento de situações de repetição de padrões de doenças intergeracionais; (8) amplia as possibilidades de cruzamento entre diagnósticos de doenças da boca e da saúde geral, propiciando mais condições para visão interada dos processos saúde-doença; (9) reforça a importância do trabalho com diversas dimensões que interferem diretamente nos processos saúde-doença, além da dimensão clínica (biomédica), para que se estabeleça efetivamente o cuidado em saúde; (10) e, pode ser um aliado no planejamento das ações e no estabelecimento do plano de tratamento, para além da terapêutica medicamentosa e cirúrgica.

Alerta que: (1) para se obter êxitos, são necessárias várias e sucessivas aproximações na aplicação das FSF, e especialmente para que se efetive o cuidado longitudinal; (2) é importante que a equipe AB/SF mantenha sempre uma atitude proativa, especialmente gente aos casos mais graves na comunidade; (3) é necessário que a equipe de AB/SF esteja inserida a uma Rede Social de apoio, onde, quando necessário, possa interagir junto a outros setores (governamentais ou não); (4) alguns casos exigirão da equipe de AB/SF uma adaptação de ações e práticas que até então estava estritas ao ambiente da clínica, sendo transferidas para o ambiente domiciliar.

Como fragilidades do uso das FSF apontam que: (1) esta é uma tecnologia leve ainda muito pouco difundida e relativamente desconhecida entre os trabalhadores de saúde; (2) são práticas que exigem conhecimentos do campo das ciências sociais e humanas, como a sociologia e a psicologia, em que os profissionais de saúde têm dificuldades na sua apreensão e incorporação no seu dia-a-dia; (3) faz-se necessária uma permanente atitude transformadora de ações e práticas consolidadas a partir do modelo biomédico; (4) o ensino formal profissões da SF, de maneira geral, ainda não superou o modelo de ensino pautado na biomedicina; e, (5) para a necessidade de não interrupção dos processos de Educação Permanentes para todos os profissionais das equipes SF, sendo imprescindíveis ao estabelecimento de novas atitudes que consolidem o cuidado em saúde.

Referências Bibliográficas:

1. Cristiee SJ. Working whith families in primary care. Oxford: Kellog's Foundation; 1984.

2. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

3. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.71-112.

4. Minayo MC de S, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria método e criatividade. 9a ed. Petrópolis: Ed. Vozes. Coleção Temas Sociais; 1998.

Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

5. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde da Família: quando um corpo ganha uma boca In: Moysés SJ, organizador. A saúde bucal em Curitiba: Boqueirão, boca maldita, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 133-61.

6. Moysés SJ, Talbot Y et al. Ferramentas de descrição das famílias e seus padrões de relacionamento – Genograma – uso em Saúde da Família. Rev. Médica do Paraná 1999; 57(no 1/2): 28-33.

7. Oliveira E, Talbot Y et al. Ferramenta de avaliação para situações indefinidas e manobras preventivas em Saúde da Família – Ciclo de Vida Familiar. Rev. Médica do Paraná 1999; 57(no 1/2): 22-27.

8. Papp P, Silverstein O, Carter E. Family sculpting in preventive work with well families. Family Process 1973; 12: 197-212. (mimeo)

9. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. 10 Anos de PSF em Curitiba: a história contada por quem faz história. Prefeitura Municipal de Curitiba 2002; (n° esp.).

10. Silveira Filho AD, Narvai PC, O uso das Ferramentas Saúde da Família na construçao do cuidado em saúde. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública -Serviços. São Paulo; 2006. 195p.

11. Silveira Filho AD, Oliveira CA de, Ribeiro EM, Lopes MGD. Programa Saúde da Família em Curitiba – estratégia de implementação da vigilância à saúde. In: Ducci L et al., organizadores. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: Cebes; 2001. p.239-251.

12. Wilson MDL. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes. Trad. de Wagner HL. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde; 2000.





ACOLHIMENTO COM ARTE E A SAÚDE DA FAMÍLIA - UMA EXPERIÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO EM SÃO PAULO

A arte-terapeuta e pesquisadora em Acolhimento, Melissa Migliori, da Unidade de Saúde do Bairro do Butantã, na capital paulista, tem como lema o "Acolhimento com arte". Nesse sentido, ela trabalha com as artes plásticas e com a "boa e velha conversa". Ela diz trabalhar com a subjetividade, com imagens mentais, com histórias e com a criação de metáforas em busca do "Eu" interior de cada um: "ultimamente, trabalho com a idéia de personagens e isso demanda muita conversa".

Para a profissional, a arte-terapia usa da expressividade das várias artes, mas não tem como foco a produção artística em si. "A arte-terapia é uma oportunidade de você se desenhar. O mais importante é a vivência do processo", destaca. "Conforme sua vida pessoal e por meio da imaterialidade da arte, a pessoa consegue expressar alguma emoção, algum sentimento, alguma percepção interna que às vezes é difícil traduzir em uma expressão verbal", analisa.

"O meu trabalho dentro da Unidade de Saúde do Bairro do Butantã tem apenas dois anos e considero que obtivemos juntamente com as Equipes Saúde da Família, avanços importantes".

Inicialmente, tudo não passava da realização de um estudo. Ela conta que a equipe que trabalhava na Unidade do Butantã era reconhecida dentro das comunidades onde atuava como um lugar onde "havia um jeito diferenciado de atender". A idéia inicial dos pesquisadores era estudar os reais motivos desse "bom atendimento", reconhecido tanto pelo público quanto pelos profissionais, para depois tentar, de alguma forma multiplicá-lo dentro da rede de saúde. "O que os fazia diferentes era o que se queria entender".

Para saber tudo sobre esse "algo mais que não se poderia mensurar", conta a pesquisadora paulista, foi criado o projeto Rede de Conversações e Acolhimento, constituído de oito oficinas, que tinham o objetivo de pesquisar o Acolhimento dentro dessa Unidade Básica de Saúde. Durante esses oito encontros, foram convidados todos os profissionais do setor de adulto da Unidade, entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais, para que se pudesse reunir o maior número de informações. Essa abordagem foi o que coube à primeira oficina: Revelando um jeito de ser e fazer.

"Ficou claro que o que implicava ali era o próprio profissional como sua ferramenta de trabalho", sintetiza Melissa. Para a pesquisadora em Acolhimento, estava-se de frente com uma ferramenta única e própria, "que era a presença de cada um, com a bagagem de cada um naquele lugar".

As oficinas tiveram o aporte da arte-terapia para ajudar às equipes a conseguirem obter um espaço de comunicação com a comunidade. "Conseguimos passar de uma linguagem internalizada para um diálogo próximo com as pessoas e, aos poucos, ajudá-las a colocar essa linguagem para fora, expô-la em desenhos, em interações e em conversas".

Ao longo desse trabalho, ficou claro que o que diferenciava essa Unidade de Saúde de outra "não tinha um jeito dado" que surgiria ao final dos oito encontros: "a semente que estava sendo plantada ali era a de um espaço de troca. De você colocar um coletivo de pessoas interagindo, produzir um trabalho coletivo e promovendo algum tipo de reflexão em cima disso".

Num segundo momento, com a intenção de dar continuidade a esse trabalho, foi criada uma Rede de Sustentação. Como demonstrativos da melhoria da qualidade de vida dos usuários da Unidade de Saúde do Butantã, Melissa Migliori adianta que por um lado, no que se refere aos usuários "tem uma pesquisa de campo sendo finalizada". Por outro, no que se refere aos profissionais, ela destaca que: "podemos ver isso até na saúde do trabalhador, porque sendo você sua ferramenta de trabalho, você tem que aprender a se otimizar e a se reinventar". m outros termos, ainda segundo Melissa, as oficinas possibilitaram que as pessoas "aprendessem a refletir sobre a sua postura, sobre a qualidade do seu trabalho, sobre as suas necessidades para fazer o seu trabalho". Por fim, lista ela, as oficinas também ajudaram a mudar o formato de organização da grade de trabalho. Elas colocaram outros espaços de reunião, mudaram a coordenação, o chefe do dia. Foram feitas uma série de mudanças na forma de se relacionar e de trabalhar", comemora.



CIRANDA DA VIDA E A SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUIR CIDADANIA COM ALEGRIA

A médica e coordenadora do Projeto "Ciranda da Vida", Vera Dantas, idealizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (CE) há pouco mais de um ano, nos contou um pouco acerca do impacto positivo das atividades desenvolvidas. "O projeto foi gerado a partir da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e vai se ramificar a partir também do trabalho com as Equipes Saúde da Família (ESF) que estão ali mais cotidianamente com as comunidades", destaca ela.

Cabe lembrar que a SMS acaba de receber 800 novos profissionais na saúde, entre médicos, dentistas e enfermeiros, que foram contratados para reforçar o trabalho das equipes de Saúde da Família. A expectativa, conforme a coordenadora é que, dentro de pouco tempo, com a chegada dos agentes comunitários que foram recém concursados, possa acelerar o contato com as comunidades.

Para o pesquisador Duda Quadros, do Programa Nacional de Humanização (PNH) para a área da Cultura Popular, o crédito do "Ciranda da Vida" é que "ele se utiliza da arte, do lúdico, dos saberes populares como força motriz para funcionar com articulação e mobilização dos movimentos populares para a saúde, vivenciando as situações-limite e seu enfretamento". Quadros acredita que o sucesso do projeto deve-se ao fato de que, através da arte, da história e da cultura popular, "o cidadão se assume como protagonista da sua história, vivenciando a arte onde está expressa sua cultura, sua ancestralidade e os desejos que ele tem do futuro".

Por sua vez, a coordenadora do Ciranda da Vida enfatiza que um dos desafios iniciais é mesmo romper a barreira que existe entre a ação dos agentes comunitários de saúde e a comunidade. "O processo de escuta à população é feito envolvendo crianças, jovens e adultos, que vêm, tanto dos movimentos organizados como também dos espaços não organizados da sociedade, para potencializar o surgimento de outros grupos, novas lideranças e a diversificação dos movimentos. Essa é uma experiência que nasceu do espaço de articulação chamado Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular (Anep)", destaca, e que guarda a história que conduziu a experiência do Ceará a ser modelo. "Esses movimentos, que são práticas populares e acadêmicas, do movimento estudantil, da graduação e pós-graduação, apresentaram para a SMS a possibilidade de trabalharmos no espaço da comunidade".

A meta, segundo Vera Dantas, é fazer a interface da comunidade com a gestão, não só na saúde, mas na construção da intersetorialidade. "A idéia de se levantar, a partir da história de luta e de resistência das comunidades, o que é que a comunidade apresenta como situações limites e que precisam ser transformadas para que se possa viver melhor". Em cada uma das seis Regionais, quem conduz as cirandas são pessoas do movimento popular, com origem no espaço de articulação Anep. Membros da comunidade, eles fazem "a quinta face das Equipes Saúde da Família que não conhecem a comunidade com a comunidade".


A ESCOLA MARCOS VALENTIN BUSCA
CONSTRUIR UM ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA
PRAZEROSA, ALEGRE E SAUDÁVEL

Qualidade de Vida

Ao completar um ano em novembro de 2006, o "Ciranda da Vida" dispõe de um "cirandeiro" em sua equipe de profissionais da SMS. Ele é considerado o "elo fundamental" para os contatos amistosos com as comunidades e a chegada das equipes de saúde. Mesmo não dispondo de uma estatística que aponte os números da melhoria da qualidade de vida da população, a SMS já constata que, em determinadas Regionais, o envolvimento chega a 11 bairros.

Em todos os encontros programados, que têm reunido em média 200 pessoas, é coordenado um processo de discussão, com a problematização da realidade, que se visa a "construção do enfrentamento entre pessoas da comunidade e da Regional". Como desdobramentos dessas reuniões, existem as ações que são desenvolvidas em outros espaços sociais para além da Unidade de Saúde, como nas escolas ou junto às outras entidades.

Conforme relatou Vera Dantas, as seis Regionais de Fortaleza têm rodas de ciranda funcionando. "Em algumas delas temos dez ou onze bairros; em outras, provavelmente quatro ou cinco; em outra um ou dois", contabiliza. Atualmente, a cidade tem uma população de mais de dois milhões de pessoas. A coordenadora admite que "ainda é cedo" para se perceber uma melhora na qualidade de vida das pessoas, mas, sustenta que já há exemplos consistentes das ações do Projeto Ciranda neste sentido junto à população de Fortaleza. Ela enumera as ações que considera mais importantes.

"Primeiro, a construção do enfrentamento", destaca ela, lembrando "a rica experiência" com uma comunidade que vivia no mangue.

"Numa das Regionais, nós trabalhamos com uma comunidade de 2.500 pessoas que vivem dentro do mangue; não era nem um bairro inteiro, mas, o trabalho foi frutífero". Hoje, a partir das discussões das cirandas, a comunidade conseguiu, por exemplo, que a prefeitura disponibilize a coleta de lixo. Vera lembra ainda que, fazendo uso do orçamento participativo, conseguiu-se viabilizar a construção de 45 casas para as pessoas que estavam em situação mais crítica no local chamado Buraco da Velha.

Foram criados também um grupo de mulheres artesãs e empreendedoras, e outro de dança, com caráter cultural, além da instalação de uma cozinha comunitária.

A coordenadora do Ciranda da Vida assinala que, no caso da comunidade do mangue, a Estratégia Saúde da Família ajudou muito para a entrada no mangue. "Com a entrada da Residência em Medicina de Família, chegou o médico", diz ela, explicando que assim, o cirandeiro, junto com outros profissionais da equipe, começou a discutir como o atendimento poderia sair de dentro Unidade de Saúde e chegar mais próximo da população.

No entendimento do pesquisador Duda Quadros, a estratégia Saúde da Família e o projeto Ciranda da Vida se unem em uma forma de "construção coletiva que é peculiar da estratégia Saúde da Família" para ela funcionar como Saúde da Família. Ele explica: "na estratégia Saúde da Família não é um médico que vai atender; é um médico que constrói com a comunidade uma perspectiva de que saúde não é ausência de doença, é qualidade de vida".



O que é a ciranda

A ciranda é uma manifestação popular que ocorre no Nordeste brasileiro. Seu principal motivo é a celebração. Ela nasceu nas primeiras formações depois da colonização, onde os grupos populacionais começavam a serem formados como agricultores, pescadores, entre outros.

Segundo a tradição popular, essa espécie de arte popular, nasce "à beira mar e dentro da cultura negra", a partir de um Orixá chamado Iemanjá, "a rainha do mar". Essa divindade do Candomblé representa o mar. O ritmo da ciranda é baseado no vai-e-vem das ondas do mar. Geralmente, suas letras e suas cantorias são relacionadas com situações praieiras.

De acordo com o pesquisador Duda Quadros, o grande destaque da ciranda é que as pessoas se juntam, dão-se as mãos e dançam em roda, em movimentos circulares, fazendo passos, enquanto o mestre cirandeiro canta e todos respondem o refrão. "É uma construção coletiva, em que as pessoas têm que cantar junto, porque se não, não fica bonito", observa. As pessoas, segundo ele, têm que dançar no ritmo dos instrumentos e do canto, que pode ser mais acelerado ou mais cadenciado.

O pesquisador destaca que o cirandeiro é, na verdade, "um mobilizador, um facilitador do processo". "À medida em que a equipe, junto com a comunidade, vai tomando a história nas mãos, o cirandeiro vê seu trabalho concluído naquela comunidade e vai ficando mais na retaguarda, já começando a desencadear o processo em outro local.



A SAÚDE DA FAMÍLIA DÁ BASE SEGURA À ATUAÇÃO DOS GRUPOS DE QUARTEIRÃO EM RIBEIRÃO PRETO

Rever as práticas de saúde por meio da adoção do Acolhimento pode produzir uma verdadeira revolução no modo de trabalhar o atendimento junto à população nas Unidades Básica de Saúde de suas cidades, e isso é o que vem ocorrendo em Ribeirão Preto (SP), segundo a professora da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) a Dra. Maria do Carmo Cacca-Bava. Ela nos conta da sua experiência com Grupos de Quarteirão, que trabalham com o chamado "Acolhimento na Comunidade".

A história da professora Maria Cacca-Bava começa em Ribeirão Preto (SP), cidade onde nasceu o projeto Grupos de Quarteirão. É um projeto que envolve e articula o Ministério da Saúde, à SMS, à SES e à USP, juntamente com organizações como o Hospital das Clínicas e a Fundação de Apoio ao HC.

A idéia de abordar a experiência do quarteirão nasceu da criatividade das equi-pes em identificar estratégias para tentar fazer sua inserção na comunidade. "Muitas vezes, os pacientes ficam cansados de falar só sobre

doenças. Eles querem falar sobre a vida. A doença vem no bojo da vida, mas, vêm outras coisas no bojo da vida também. Vêm as alegrias, as experiências que podem ser compartilhadas", conta ela.

A professora explica que esses Grupos de Quarteirão são formados por "gente da própria comunidade" que oferecem suas casas para as reuniões de discussão, para as conversa sobre questões variadas, de saúde a eleições, de problemas da comunidade a como apoiar determinada família. "Isso cria relações de muita familiaridade", assegura.

A experiência com Grupos de Quarteirão envolveu, inicialmente, a implantação pioneira de equipes Saúde da Família no município. "Essas equipes foram estruturadas respondendo às questões de necessidades assistenciais e também de formação de Recursos Humanos para a saúde".

A partir de 1999, recorda-se Maria do Carmo, a SMS começa a registrar um avanço muito grande no projeto: "temos uma inserção na comunidade em termos de reconhecimento da comunidade do valor de todo esse esforço", orgulha-se ela. Reforçando que, assim, foi possível serem alcançados resultados concretos em várias áreas. "Na parte clínica, é [na Saúde da Família] onde está o maior número de pacientes cobertos por exames Papa Nicolau, onde está a maior adesão ao tratamento para as patologias crônicas, que envolvem um vínculo do paciente com o serviço, como por exemplo, o tratamento para Hipertensão Arterial, para Diabetes, a diminuição do alcoolismo e do tabagismo", conta ela.

Com relação à resolutividade, a professora garante que tem sido muito boa, porque, com base na literatura médica, segundo a qual a Atenção Básica tem condições de resolver entre 80 e 90% de tudo que chega à Unidade, "nós estamos registrando até 94,7%, ou seja, uma pequena necessidade de encaminhamento para um especialista porque a SMS dispõe de uma equipe médica qualificada e que trabalha com consultores".

Na visão da professora paulista, há uma lista de benefícios trazidos pelo projeto Grupos de Quarteirão: pacientes que ficavam isolados dentro de suas casas passaram a ter um espaço de interação social; houve uma redução no consumo de medicamentos; existem pessoas com menos patologias graves, há menos idosos e crianças internados; e mais pacientes freqüentando a Unidade de Saúde. Outro resultado envolve a área de psiquiatria: "em três anos, uma equipe conseguiu internar apenas três pacientes psiquiátricos", enfatiza, listando que uma outra equipe conseguiu internar apenas oito pacientes. "Tudo isso foi resultado da interação da equipe com a família, nas conversas e nos debates".

O grande desafio, apontado pela professora Cacca-Bava, é fazer com que essas experiências se expandam de uma maneira muito forte por todo o município. Segundo ela, para que se atinja esse objetivo, "deve-se implantar a estratégia Saúde da Família de uma maneira mais massiva, mais ampla, mais abrangente, com um percentual de cobertura maior".

O BEIJO COMO MOBILIZADOR PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ÊNFASE NA SAÚDE BUCAL DE ADOLESCENTES - RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA.

Silveira Filho AD[1], Medeiros IY[2], Justo CMP[3], Junqueira Sr[4]
Orientação: Pelicioni MCF, Pereira IMTB



"Agradecemos os Editores da **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano** que gentilmente cederam para republicação o artigo já publicado na Edição nº15, de 2005."



SILVEIRA FILHO, A.D., MEDEIROS, I.Y., JUSTO, C.M.P., PEREIRA, I.M.T.B., PELICIONE, M.F.C., JUNQUEIRA, S.R. O beijo como mobilizador para educação em saúde: ênfase na saúde bucal de adolescentes, Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, 2005. 15(3)57:68.

[1] Cirurgião Dentista, com Especialização em Saúde da Família e Mestrando em Saúde Pública na FSP/USP.

Romeu (à Julieta)
Então, não vos movais, enquanto recolho o fruto de minhas preces. Assim, mediante vossos lábios, ficam os meus livres de pe-cado!. (beijando-a)

Julieta
Deste modo passou para meus lábios o pecado que os vossos contraíram.

Romeu
Pecado de meus lábios? Oh! culpa delici-osamente censurada ao pecador! Devolvei-me então meu pecado.

(SHAKESPEARE *apud* CAHEN 1997)

Dedicamos esse artigo a todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário Bairro Novo, município de Curitiba, que colaboraram com a elaboração e execução dessa experiência, e conseqüentemente contribuíram com a construção da cidadania nessa região.

Resumo

A adolescência é um período caracterizado por intensas modificações físicas e psicológicas, reforçando a necessidade de orientação e apoio por parte dos educadores e profissionais da saúde. Este trabalho relata a experiência de um grupo de profissionais das equipes de saúde da família, que através da Metodologia da Problematização, usaram "o beijo" como tema mobilizador para educação em saúde bucal, com adolescentes da oitava série do primeiro grau das escolas públicas da Regional Bairro Novo, em Curitiba no período de 1999 a 2001.

Os adolescentes participaram ativamente da construção do problema, levantando dúvidas, discutindo possíveis soluções, expressando desejos, interesses, relacionando a saúde bucal com suas experiências afetivas e sexuais. A estratégia utilizada mostrou-se efetiva, criando um clima de confiança entre a equipe e os adolescentes, tornando-se uma experiência satisfatória e motivadora no campo da educação em saúde bucal.

Palavras chave: adolescente, beijo, saúde bucal, higiene bucal.

Abstract

This paper describes an experiment undertaken by a team of health care workers, essentially dentists , that were made responsible for introducing bucal care practices to teenagers. Through the Methodology of Problematization they used "the kiss" as a mobilizing theme for bucal care education with eighth grade teenage public school students in Curitiba , Brazil from xxxx to xxxxx . In Brazil , this grade corresponds to the U.S. ninth grade.

The teenagers worked very actively in the construction of the problem , raising doubts, expressing their desires and interests and discussing possible solutions and alternatives. In doing so , they related their bucal health to their sexual and affectionate experiences. This strategy proved very effective as it created a trustful atmosphere between the team and the teenagers, becoming a motivating, sactisfactory endeavour in the field of education in bucal health.

Key words : Teenagers , kiss, bucal health , bucal hygiene.

Introdução

As ações de saúde bucal coletiva no sistema público brasileiro constituíram sua história, mesmo anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), centrada na atenção à saúde da criança, especialmente dos escolares de sete a doze anos de idade. Pela magnitude da cárie dentária nessa faixa etária e por essa caracteriza-se na principal fase do desenvolvimento das habilidades pessoais e inteligências, a prioridade aos escolares firmou-se pela crença de que as reais transformações nos hábitos e estilos de vida se constroem mais facilmente e se perpetuam a partir dessa fase do desenvolvimento humano.

A promoção da saúde pode ser definida como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (Candeias 1997).

A expressão condições de vida permite que a definição de promoção da saúde ultrapasse os limites dos fatores exclusivamente comportamentais, para ligar-se a uma rede de interações muito mais complexa, deslocando o foco do comportamento individual e redirecionando as lentes para instituições e atores coletivos como a cidade, a escola, a fábrica, o meio ambiente. Dessa forma, as atividades da promoção da saúde estão voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida (Buss 2000).

A educação em saúde é uma das principais estratégias para viabilizar a prática da promoção da saúde, por meio de situações que estimulem o desenvolvimento do potencial do ser humano, numa concepção integrada e sem paternalismo, valorizando e respeitando a autonomia das pessoas. Segundo Fortes (1998), o respeito pela autonomia conjuga-se com o princípio da dignidade da natureza humana, reconhecendo que cada pessoa é livre para tomar decisões segundo seu plano de vida, de acordo com suas crenças, valores e aspirações.

A responsabilidade sobre as ações de educação em saúde é da equipe de saúde, entendida aqui como o conjunto de profissionais que trabalha num mesmo local e, justamente pela proximidade com a população de referência, tem condições de planejar e executar atividades educativas em função das necessidades.

Justificativa

No Brasil, ocorreu um significativo declínio na experiência de cárie dentária em crianças nos últimos vinte anos. Conforme dados de levantamentos epidemiológicos nacionais o valor do índice CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos de idade em 1980 foi 7,3; em 1986 foi 6,7; em 1996 foi 3,1 e, em 2003 foi 2,78. Os três principais fatores relacionados ao fato dizem respeito à presença de flúor nas águas de abastecimento, ao consumo de dentifrícios fluoretados e ao processo de descentralização da saúde, que permitiu aos municípios planejarem ações coletivas de educação e prevenção em saúde bucal voltadas para as necessidades locais (Narvai et al. 1999).

A cárie dentária e a doença periodontal, se não tratadas ou controladas, podem trazer como conseqüências a dor e, numa situação extrema, a perda do elemento dental. Para alcançar um nível aceitável de saúde bucal entre os adolescentes, a Organização Mundial da Saúde e a Federação Dentária Internacional propuseram, como meta para o ano 2000, que 85% dos jovens de 18 anos de idade tivessem todos os dentes naturais presentes na cavidade bucal (FDI 1982); segundo dados do Ministério da Saúde, em 2003, apenas 55,1% dos jovens brasileiros apresentavam todos os dentes.

Ações coletivas em saúde bucal são incentivadas pelas áreas técnicas em saúde bucal do poder público como uma alternativa eficaz no combate das doenças mais prevalentes da cavidade bucal (cárie dentária e doença periodontal) e na incorporação de hábitos saudáveis que

revertam em melhoria de qualidade de vida das pessoas.

Dentre as ações coletivas mais difundidas estão as atividades de educação em saúde bucal, geralmente desenvolvidas em escolas do ensino fundamental. Tradicionalmente, as técnicas utilizadas para abordar os temas de prevenção das patologias bucais e construção de hábitos saudáveis são, (1) reuniões e palestras com metodologia expositiva, através de recursos de multimídia, álbuns seriados, cartazes, macro-modelos bucais etc; (2) orientação de escovação seguindo alguma técnica de higiene bucal descrita; (3) escovação coletiva e/ou supervisionada a partir da utilização de substâncias que evidenciam a placa dental; (4) jogos ou brincadeiras com temas de saúde bucal como pintura de impressos com dentes saudáveis ou cariados, histórias em quadrinhos, caça palavras etc; (5) recursos cênicos como teatro, em especial fantoches, para contar histórias sobre dores, perdas dentárias, descuido com a saúde bucal em contraposição às boas práticas de higiene bucal. Tais procedimentos visam o controle sobre alguns determinantes do processo saúde-doença relacionados à cárie dentária e o estímulo aos cuidados e aos hábitos bucais saudáveis.

No entanto, na faixa etária dos adolescentes, os índices de cárie tendem a aumentar (Cangussu et al. 2002). A ausência de atividades de educação em saúde bucal nas escolas de ensino médio – ou a própria evasão de grande parte desses adolescentes da escola – e a inadequação do tipo de orientação aplicada para essa faixa etária podem contribuir para o incremento do índice de cárie em adolescentes.

O adolescente, como grupo etário, possui características próprias por passar por um período de pressões de maturação e desenvolvimento biológico, psicológico e social, sendo seu estudo científico um fenômeno do século XX (Basso 1987). Segundo o autor, o comportamento do adolescente sobre sua situação de saúde bucal é evidenciado pela indolência, negligência e desinteresse pela manutenção de hábitos higiênicos, associados ao aumento do consumo de carboidratos, alimento com potencial cariogênico.

A primeira fase da adolescência é negativa, caracterizada pelo fato de se procurar fazer tudo ao contrário do que os pais ou profissionais pedem, quebrando regras impostas com o objetivo de demonstrar independência. Para os adolescentes, a aprovação de seus pares é um poderoso determinante de sua conduta, o que aponta como vantagem o trabalho em ações coletivas (Basso 1987).

Em estudo qualitativo sobre a percepção dos adolescentes em saúde bucal, Östberg et al. (2002) relataram que, para essa faixa etária, a saúde bucal está relacionada com a aparência e que, sair para uma festa, por exemplo, pode significar uma escovação a mais nos dentes. O estudo apontou para uma grande diferença no desenvolvimento psicológico e de socialização entre os gêneros, sendo que o papel da mãe como "promotora da saúde" pode influenciar esse processo; quanto maior o envolvimento dos pais, que servem como "modelos positivos" para os filhos, melhor a percepção da saúde bucal. A falta de tempo foi apontada como uma das razões para o cuidado insuficiente com a saúde bucal. Sobre os profissionais, sugerem que eles utilizam expressões difusas que confundem os adolescentes, destacando a necessidade de se usar a mesma linguagem quando for informar e motivar esse público-alvo.

O conceito de adolescência é relativamente novo. Essa época da vida, no entanto, possui características que a definem como uma etapa do desenvolvimento humano, não precisando ser considerada, necessariamente, um simples período de transição entre a infância e a maturidade. Caracteriza-se por uma série de transformações, envolvendo fatores biológicos e culturais. É justamente essa faceta multideterminada que lhe confere o caráter de singularidade na história dos indivíduos. (Carvalho, Veloso Pinto 2002).

Alguns autores localizam na transição entre os séculos XIX e XX o momento em que grupos juvenis passam a adotar comportamentos não usuais, contrários às normas sociais vigentes, problematizando o processo de transmissão das mesmas, fazendo com que a juventude despertasse interesse acadêmico e tivesse maior visibilidade. (Aramo 1994 apud Couto, Menandro 2003).

A adolescência é um período de intensas mudanças físicas e, associadas a essas, mudanças de comportamento com o jovem buscando seu novo papel na sociedade. O grupo de iguais assume uma importância ímpar de apoio e espelho, preenchendo, de certa forma, o espaço que era ocupado pelos pais. É a época de "ensaiar" os papéis sociais sem grandes cobranças, entre eles o da sexualidade.

Pode-se dizer que a sexualidade humana é determinada por dois grupos de fatores principais: o próprio instinto genético, de manutenção da espécie e aqueles condicionados pelas pressões sociais (Carvalho, Veloso Pinto 2002).

O desenvolvimento de relações românticas, associado às mudanças ou dificuldades que ocorrem nas relações sociais existentes, pode trazer importantes conseqüências no desenvolvimento do adolescente, inclusive no processo de formação de identidade, gerando depressão, solidão e problemas de comportamento. Alguns autores como Samet e Kelly (fonte) discutem como o envolvimento em relações românticas, antes que haja um amadurecimento emocional, pode servir para criar uma prematura cristalização da identidade.

Os adolescentes "ficam" – forma atual de designação dos relacionamentos amorosos eventuais – e esse "ficar" pode atingir vários estágios, incluindo ou não, relações sexuais. Embora pareça algo extremamente inovador, o "ficar", guardando as proporções de seu contexto histórico, sempre fez parte das relações afetivas da adolescência. Porém, em cada momento histórico, o adolescente constrói o seu jeito de "ficar", quer dizer, em momentos anteriores encontram-se a "paquera", a "olhadela", o flerte, a troca de cartas etc (Gonçalves, Godoi 2002).

Retornando muito mais no tempo encontra-se, por exemplo, a maraîchinage, tradição em vigor até o século XIX, na região de Marais des Monts, em Vendéia. Naquela aldeia do sul da França, os jovens solteiros, em idade de se casar, encontravam-se livremente em certos períodos do ano sob os olhares da comunidade, atendendo a um ritual: o rapaz abordava a moça desejada, puxando seu saiote ou pegando seu guarda-chuva; se aceitasse o convite, ela se deixava conduzir a um local aberto ao controle do grupo. Ao abrigo do guarda-chuva, "os jovens trocavam durante longas horas longos beijos" (Segalen 1981 apud Cahen 1997). Esta era a forma, aceita pela sociedade, dos jovens testarem possíveis afinidades sexuais. Nada muito diferente do que ocorre hoje em dia.

Graças aos poetas, escritores e mais tarde ao cinema, o beijo romântico sempre representou no pensamento coletivo a encarnação concreta do amor, da paixão e, mesmo, o simbolismo da relação sexual. O cinema, principalmente, foi responsável pelo fortalecimento dessa imagem. Desde o primeiro beijo imortalizado em filme (The widow Jones de Edison 1896), o cinema nunca mais deixou de colecionar beijos na boca, a ponto de um apaixonado pelas salas escuras acreditar que antigamente era assim que as crianças nasciam (Nogues 1997).

No imaginário infantil, alimentado pelos imortais contos de fadas, o beijo tem uma representação forte, estando associado à magia, às transformações. Assim, o beijo do Príncipe é aguardado pelas meninas e os meninos esperam que o beijo da Princesa transforme o sapo em príncipe ou que a Bela transmute a Fera beijando-a (Wajsbrot 1997).

Na adolescência o beijo é, normalmente, o primeiro contato mais forte com a sexualidade. Durante gerações, o primeiro beijo sempre foi um acontecimento aguardado ansiosamente. "Aos treze anos, beijar um garoto é uma idéia fixa dos espíritos

facilmente exaltáveis" (Dommer-gues apud Cahen 1997).

Esse beijar está fortemente presente em nossos adolescentes, mas de uma forma desmistificada. No seu "ficar" eles, sobretudo beijam, e isto é uma característica cultural que mereceria um estudo mais aprofundado, pois o relacionamento amoroso é uma preocupação dominante na adolescência e o beijo assume para esses jovens uma importância inconteste.

No caso das ações de saúde bucal, em função da ampliação do trabalho das equipes de saúde na comunidade, seja na clínica, na promoção da saúde ou na prevenção das doenças, faz-se necessária a busca de novos conhecimentos e o desenvolvimento de outras práticas, por meio da apreensão de tecnologias e de metodologias do campo da educação em saúde. Assim, a educação em saúde bucal para adolescentes tornou-se um desafio para as equipes de saúde.

O beijo e a saúde bucal

Este trabalho traz uma experiência do município de Curitiba, capital do Estado do Paraná que, como todo município brasileiro inserido ao movimento de descentralização do SUS, viu-se desafiado a qualificar as ações de saúde.

O grupo de trabalho em saúde bucal organizou sua estratégia de ação adotando a Metodologia da Problematização, por entender que essa estratégia possibilita a construção do conhecimento partindo-se das vivências e experiências acumuladas por todos os participantes.

A primeira referência para essa metodologia é o Método do Arco, de Charles Maguerez, em esquema apresentado por Bordenave e Pereira (1982). Nesse esquema constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou de um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática).

Segundo Bordenave (1982), a metodologia da problematização considera que o mais importante num mundo de mudanças rápidas é aumentar a capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas. A proposta para alcançar esse objetivo passa pela observação da realidade e dos recursos disponíveis, identificação dos obstáculos, indicação das melhores tecnologias culminando com o encontro de uma forma de organização de trabalho, sempre através da ação coletiva.

Os participantes são levados a exercitarem a relação dialética prática-teoria-prática, tendo a realidade social, como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem. Aqui se constitui uma nova relação no processo de ensino e aprendizagem. O conhecimento que se pretende não é meramente transmitido, deve ser construído a partir de uma relação dialética entre os diferentes atores com seus saberes. Confrontam-se, somam-se e transformam-se tanto o saber-popular quanto o saber-científico. Significa dizer que o saber-científico não pode mais ser compreendido como uma verdade absoluta, que deve ser imposta a todos os sujeitos, como a única maneira de se construir uma realidade ideal.

A metodologia da problematização trabalha repensando valores de todos os envolvidos no processo educacional. A singularidade do método reside na capacidade de transformar estes valores, por meio da discussão de conceitos e conhecimentos, partindo-se da explicitação dos fatos pelos diferentes olhares sobre eles. Seu propósito é preparar os sujeitos para tomarem consciência do mundo e para atuarem na intenção de transformá-lo para melhor, enfatizando uma vida digna a todos. Seu objetivo é mobilizar o potencial social, político e ético que, como cidadãos e profissionais, são agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão (Berbel 1998).

Morin (2001: 12), ao tratar do ensino, afirma que educar: (1) é organizar uma série de atividades didáticas para ajudar os alunos a compreender áreas específicas do conhecimento (ciências, história, matemática); (2) é descobrir potencialidades, refazer caminhos, é respeitar a autonomia do educando; (3) é relacionar teoria e prática, é aprender a refletir e refletir junto, é desconstruir a ciência com um novo olhar; (4) é valorizar o que o aluno traz da família, da rua e da sociedade; (5) é trabalhar a emoção, o sensorial, o intelecto e a intuição. O processo educativo deverá, portanto, através do despertar da curiosidade levar à descoberta do novo. A problematização é matéria prima para o processo de educação.

O educador, na metodologia da problematização, assume o papel de facilitador, ou seja, é fundamental que promova a cooperação mútua entre os participantes, atuando como uma ponte entre o aprendiz e sua aprendizagem (Masetto 2003).

Tomaz (2001) propõe ao facilitador prioritariamente as funções de: (1) manter o fluxo das discussões, buscado garantir o foco sobre o tema proposto; (2) estimular, buscando que as discussões vão à profundidade desejada; (3) fazer perguntas, ajudando na resolução por si mesma dos possíveis equívocos de concepções; (4) promover informações, não devendo "dar" informações, mas breves explicações que possibilitem ao grupo sozinho encontrar o caminho desejado; (5) observar e analisar, e nesse olhar detectar facilidades, pontos positivos e negativos do grupo e as conseqüências sobre o processo de aprendizagem; e, (6) dar feedback, informar o grupo sobre os aspectos positivos e negativos, salientar a qualidade dos conteúdos, o objetivo, a participação etc.

O conhecimento da população, de suas necessidades e de seus interesses são fundamentais para o sucesso do processo educativo e para a seleção dos métodos educativos apropriados à determinada situação. Para estimular a participação e o interesse de adolescentes no processo de educação em saúde bucal, optou-se pela metodologia da problematização e, como tema mobilizador, "o beijo". A partir desse assunto, buscou-se iniciar uma discussão sobre saúde bucal.

O Projeto

O trabalho foi elaborado pelo grupo de estudos em saúde bucal composto por representantes das equipes de saúde da família das doze Unidades Básicas de Saúde e do Centro de Referência Especializada em Odontologia, a totalidade dos serviços de saúde bucal que integram o Distrito Sanitário Bairro Novo, do município de Curitiba, Paraná, entre os anos de 1999 a 2001.

Os grupos priorizados para os trabalhos foram constituídos pelos alunos da oitava série do primeiro grau das escolas públicas municipais da Regional Bairro Novo, localizado na zona sul do município.

Estabeleceu-se como tarefa do educador/facilitador, problematizar a questão a ser trabalhada para evitar a simples exposição aos educandos. Assim, ficou claro que o objetivo desejado era colocar os adolescentes como sujeitos do conhecimento e não meramente recebedores de um conteúdo que lhes fosse entregue pronto (Freire 1982).

O passo seguinte foi o de organizar uma seqüência de questões ou estímulos que serviriam como indutores para o conhecimento que se objetivava construir.

Dentre o modo de organização da estratégia destacam-se, (1) nenhum dos profissionais que participasse da ação estaria trajando roupas brancas ou jaleco, ou usaria qualquer outro elemento do vestuário que por si carregasse a simbologia da prática biomédica, isso porque o objetivo primeiro era eliminar qualquer barreira na comunicação entre os profissionais e os adolescentes; (2) inicialmente não seria utilizado nenhum recurso multimídia ou áudio-visual, pois se

objetivava o estabelecimento de um diálogo franco e qualquer recurso poderia causar um ruído, um distanciamento nesse início do processo de comunicação; (3) a estratégia seria apresentada como um "debate sobre o beijo", o "beijar bem ou não", o foco da abordagem inicial não seria sobre as questões de saúde bucal, que deveriam surgir no âmago da problematização, para então serem trabalhadas.

A primeira ação do grupo de trabalhadores da saúde foi eliminar o desenho formal enfileirado de sala de aula e constituir um círculo, onde todos pudessem se sentar e se entreolhar diretamente. Os profissionais, o dentista, o enfermeiro, o técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário sentaram-se separadamente, misturando-se ao grupo.

A atividade teve início com uma apresentação e, devido ao tamanho do grupo, foi proposta uma dinâmica de apresentação que dariam a agilidade e a descontração condizentes com o propósito desse primeiro momento; seria o "quebra gelo". A dinâmica proposta consistia em falar o nome e a idade segurando um palito de fósforo aceso, aquele com que a chama do fósforo se apagasse teria que escolher, dentre os participantes ou alguém de fora do grupo, mas que fosse conhecido de todos (por exemplo, artistas famosos) que, se fosse possível, ele ou ela beijaria. Depois disso, um novo palito de fósforo era acesso até o fechamento da apresentação. A descontração foi geral e, já nesse momento, os profissionais puderam perceber algumas relações de liderança, de poder, de paquera e de namoro, que existiam no grupo dos adolescentes. Cabe salientar que um olhar atento a estas questões é determinante para a condução do processo.

Na seqüência, pediu-se que as pessoas que escolheram a quem beijar justificassem os motivos que os levaram a fazer aquela escolha. É claro que não faltaram brincadeiras e gozações, mas com cordialidade, o grupo de condução manteve o controle e a orientação, e dentre os mais diversos motivos, foram recorrentes expressões como, "a boca é boa", "a boca é gostosa". A partir daí foi proposto que cada um, em cinco minutos, refletisse e escrevesse num pequeno papel distribuído pelo condutor do grupo, o que fazia aquela boca ser "boa" ou "beijável".

Na exposição dos motivos, surgiram diversas explicações que foram da expressão de desejos, interesses, até as questões diretamente ligadas à saúde bucal. Nesse momento percebeu-se que o maior objetivo começava a ser atingido, despertar o interesse pelas questões do cuidado com a saúde bucal.

Superadas as dificuldades iniciais, o interesse dos adolescentes pelas questões da saúde bucal, superou as expectativas do grupo de condução da estratégia. A saúde da boca havia adquirido um outro significado para o grupo de adolescentes, tinha agora uma importância vital para a conquista do outro, para o desenvolvimento da sua afetividade e sexualidade.

Todas as discussões que seguiram foram propostas pelos profissionais e extraídas das próprias dúvidas dos adolescentes. Puderam ser trabalhadas questões como a etiologia da cárie e da doença periodontal, o controle mecânico-físico da placa bacteriana, a importância do flúor, a prevenção da saburra lingual, o mau-hálito, entre outras como a significação e a valorização do beijo como expressão de afetividade do ser humano. O diálogo fora estabelecido e a relação entre profissionais e adolescentes era franca, íntima e respeitosa.

A condução da estratégia nas escolas foi adequada às disponibilidades das equipes de saúde da família e interesse dos grupos de adolescentes. As escolas, em sua maioria, já dispunham de uma agenda com as equipes de saúde, pois as ações de saúde bucal com escolares em Curitiba já fazem parte da história das práticas de saúde coletiva e integração ensino e saúde no município; o que mudou foi o formato das atividades anteriormente realizadas. Essa nova forma de abordagem levou o grupo de gestores do Distrito Sanitário Bairro Novo (DSBN),

composto pela gerencia e coordenações do distrito, juntamente com as autoridades sanitárias locais (chefias das Unidades Básicas de Saúde), a repensarem as demais práticas de Promoção da Saúde, buscando adequação das ações às novas dimensões incorporadas a esse conceito. Desta forma, o compromisso com a continuidade da ação voltada à promoção da saúde bucal tornou-se contínuo, não havendo prazos para acabar, posto que a experiência relatada não se trata apenas de uma ação isolada, mas se instituiu como uma nova lógica na organização das ações de Promoção da Saúde.

Discussão

Adotar a temática do "beijo" como tema mobilizador para a problematização das questões de saúde bucal no grupo dos adolescentes foi desafiadora, especialmente para o grupo que conduziu o processo, pois, pela própria natureza da metodologia, o grupo deveria estar preparado para lidar com todas as questões, das mais diversas naturezas que, por ventura, surgissem.

Num primeiro momento, houve resistência da própria equipe de saúde na aplicação da metodologia. Logo se percebeu que o bom desempenho da equipe dependia do saber lidar com todas as questões que surgissem de maneira transparente e sincera, desprovidos de preconceitos e respostas prontas. Compreendeu-se que as respostas deveriam ser construídas coletivamente com o grupo em questão, partindo-se dos seus próprios valores e que seriam oriundas dos diferentes olhares expressos pelos membros do grupo de adolescentes participantes. O grande desafio estava na condução do grupo e no encadeamento das questões e estímulos para a construção do raciocínio sanitário em saúde bucal que se almejavam.

O objetivo final da equipe era a prevenção das patologias bucais (cárie e doença periodontal). Porém, a compreensão de que a boca também é um meio de expressão de sentimentos, de troca de emoções, de despertar da sexualidade dos adolescentes e não apenas um órgão com funções estéticas, mastigatórias e de comunicação, teve que ser primeiramente trabalhada com os próprios profissionais de saúde.

No estudo de Marcelo (2001), os maiores entraves apontados pelos profissionais para o desenvolvimento de ações voltadas especificamente para adolescentes foram à própria formação inadequada e a falta de capacitação e treinamento em serviço para tal propósito.

A partir dessa compreensão, outro grande desafio dos profissionais era superar o modo cristalizado de organização dos encontros para a educação em saúde, as clássicas "palestras educativas". Esse modelo de educação, além de ser o único modelo conhecido pela maioria dos profissionais de saúde, tem, por outro lado, uma serventia de "proteção", na medida em que, no seu planejamento, organização e aplicação, pretende-se ter absoluto controle sobre o grupo e sobre as questões que possam surgir. Esta forma de "educar" foi construída na lógica de uma relação de dominador/dominado, onde quem ensina detém o "poder" sobre o outro, por meio do que lhe diferencia: o saber-científico, que é o único aceito dentro de uma racionalidade biomédica. Lidar com as incertezas, ca-racterística da própria Metodologia da Problematização gera ansiedade e insegu-rança nos profissionais de saúde, que se ampliam pela inexperiência em sua aplica-ção.

Quando o grupo se apresentou na sala de aula, a recepção e o interesse foram completamente diferentes de todas as outras vezes em que a equipe de saúde bucal se propôs a fazê-lo.

Um conceito básico na promoção da saúde é o de empowerment, ou seja, o fortalecimento da ação comunitária. Isto implica em oferecer informações significativas que possam ser vistas, sentidas e utilizadas pelas pessoas para a tomada autônoma de decisões.

Para que este fortalecimento se concretize na prática da promoção da saúde, é preciso uma abordagem não coercitiva e dialogal, na qual o profissional de saúde, o indivíduo e a comunidade têm diferentes e válidas maneiras de entender a saúde e seus determinantes (Labonte 1998).

O fortalecimento da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida dependem do acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde (Buss 1998).

A escolha do tema "beijo" para uma abordagem da saúde bucal em adolescentes vem ao encontro dos princípios levantados por Paulo Freire dentro do processo de aprendizagem, cujo papel da educação é compreendido como um processo para a libertação humana, onde os sujeitos são atores em seu próprio processo de aprendizagem, construindo-se conhecimentos por meio de uma abordagem dialogada, numa apreensão conjunta da realidade com um pensamento crítico na análise dos problemas de saúde. Dentre as razões que motivaram a escolha do tema, o próprio modelo de educação em saúde proposto, destaca o elemento curiosidade, onde, segundo Paulo Freire (2004):

"O exercício da curiosidade a faz mais criticamente curiosa, mais metodicamente" "perseguidora" de seu objeto. Quanto mais a curiosidade espontânea se intensifica, mas, sobretudo se "rigoriza", tanto mais epistemológica ela vai se tornando".

"O exercício da curiosidade convoca a imaginação, a intuição, as emoções a capacidade de conjecturar, de comparar, na busca de perfilização do objeto ou do achado de sua razão de ser".

Para Freire (1982) seria ingenuidade imaginar que ao educador caberia, simplesmente, transferir ou depositar seus conhecimentos; esse modo estático de entender a aprendizagem não reconhece o diálogo e a referida presença curiosa perante o mundo como a real fonte de conhecimento. É preciso que haja a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de conhecer. Dessa forma, afirma que o aprendizado só se efetua verdadeiramente quando o sujeito se apropria do aprendido e é capaz de vivenciá-lo, aplicando-o em situações concretas. Numa posição oposta, aquele que não é desafiado e sobre o qual são simplesmente "despejadas" informações cujo sentido não consegue penetrar, não consegue aprender. O autor sugere ainda o diálogo problematizador como forma dos educandos desenvolverem o pensamento crítico e suas próprias interpretações do porquê dos fatos:

"Rejeitar, em qualquer nível, a problematização dialógica é insistir num injustificável pessimismo em relação aos homens e à vida. É cair na prática depositante de um falso saber que, anestesiando o espírito crítico, serve a domesticação dos homens e instrumentaliza à invasão cultural".

Segundo Marcelo (2001), a educação, em seu sentido mais amplo, se constitui nas bases sobre as quais se estruturam as percepções que os indivíduos apresentam em relação a sua boca e, a partir da qual, estas percepções podem ser desconstruídas e re-construídas cotidianamente, constituindo-se em um privilegiado espaço de produção de valores e hábitos.

Nesse contexto, a partir do 'beijo' – assunto que desperta mais interesse para os adolescentes, buscou-se iniciar uma discussão sobre saúde bucal. Alguns hábitos nocivos para a saúde bucal como o uso do cigarro, do álcool e das drogas iniciam-se nessa fase da vida, o que aponta para a necessidade de trabalhos de educação em saúde para essa população.

Em se tratando de adolescentes, além de informar, orientar e assistir, deve-se estimular uma mobilização individual e coletiva em direção a um objetivo que seja identificado como algo valioso, pelo qual valha a pena mudar.

Conclusão

Utilizar "o beijo" como uma estratégia para abordagem de temas de saúde bucal com o grupo de adolescentes, por meio da técnica de problematização, mostrou-se efetivo. Estabeleceu-se uma nova relação pautada na confiança entre equipe e usuários, trouxe satisfação e motivação aos profissionais de saúde, que se sentiram instigados a adquirir novos conhecimentos e a desenvolver métodos para abordagem de outros enfoques nos diferentes grupos da comunidade. A vivência da equipe de saúde bucal dentro dessa nova abordagem sobre a educação em saúde foi positiva e única. Demonstrou que, apesar das dificuldades inerentes à abordagem do tema saúde bucal em diferentes grupos sociais, quando se escolhe um bom tema mobilizador é possível despertar o interesse no assunto, para então se estabelecer um processo de educação, onde o envolvimento emocional é essencial para que ocorram reais mudanças no grupo. Os ganhos com a utilização da abordagem se traduzem na melhoria qualitativa das relações entre educadores e educandos, resultando na produção de novos saberes que visam à proteção e manutenção da saúde, e que são dialeticamente construídos, constituindo-se numa nova prática para a Saúde Pública, a busca da construção de Sujeitos capazes de operarem suas próprias vidas (CAMPOS 2000).

Percebeu-se que a transmissão do conhecimento, por si só, é insuficiente para provocar uma mudança de atitude. Para que ela se concretize, é preciso incorporar valores a ela atribuídos e isto só parece ser possível através do envolvimento emocional, pela troca de experiências no processo de educação em saúde. Processo esse que visa à construção de novos sujeitos, verdadeiros cidadãos capazes de exercer o autocuidado, e de estarem imbuídos pelo espírito da defesa de um mundo melhor, de defesa da vida.

A proposta desse relato serve de estímulo para que as equipes de saúde bucal incorporem novas abordagens para melhorar o relacionamento entre adolescentes e profissionais, favorecendo assim a interação e o processo de aprendizagem. O trabalho de educação em saúde bucal para adolescentes deve ser aprofundado e melhor discutido entre os profissionais da área, pois se observa que, por algum motivo, deixa-se de executar essas ações em escolas ou mesmo em grupos de jovens que freqüentam Unidades Básicas de Saúde por falta de preparo ou interesse dos grupos de saúde.

Por meio da técnica de problematização, usando como tema o beijo, tentou-se enxergar o mundo sob o ponto de vista dos adolescentes e dos sentidos que eles atribuem aos objetos e ações sociais que desenvolvem.

Referências Bibliográficas

BASSO ML. Consideraciones sobre la aténcion odontológica del adolescente. Rev Assoc Odont Argent, 75(4): 141-144, 1987.

BERBEL NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Londrina, n.2. p.139-154, 1998.

BORDENAVE J; PEREIRA A. Estratégias de ensino aprendizagem. 4.ed. Vozes Petrópolis, 1982.

BUSS PM. et al. Promoção da saúde e a saúde pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina (mimeo). Rio de Janeiro, 1998.

BUSS PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência e Saúde Coletiva, 5(1): 163-177, 2000.

CAHEN G. (org.) O Beijo. São Paulo: Mandarim, 1997.

CAMPOS, G.E. de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos Hucitec, São Paulo 2000, 236 p.

CANDEIAS NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública, 31(2): 209-213, 1997.

CANGUSSU MCT, CASTELLANOS RA, PINHEIRO MF, ALBUQUERQUE SR, PINHO C. Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001. Pesqui Odontol Bras, 16(4):379-384, 2002.

CARVALHO,A; VELOSO PINTO M. Ser ou não ser... Quem são os adolescentes? In: Carvalho A, Salles F, Guimarães M. (org.) Adolescência. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 11-29.

COUTO WGS, MENANDRO PRM. Imagens da adolescência na Revista Capricho. Rev Bras Desenv Hum, 3 (1): 63-78, 2003.

DOMMERGUES C. É para te comer melhor, minha filha! In: CAHEN G. (org.). O Beijo. São Paulo: Mandarim, 1997. p. 81-88.

FDI - Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J, 32:74-77, 1982.

FORTES PAC. Ética e saúde. Questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e direitos do paciente. Estudos de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Pratica Educativa. 29 ed. São Paulo: 2004. 148p.

FREIRE P. Extensão ou Comunicação. 6 ed. Rio de Janeiro, 1982. 91p.

GONÇALVES BD, GODOI CMB. Sexualidade e afetividade. In: Carvalho A, Salles F, Guimarães M (org.). Adolescência. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 61-82.

GONÇALVES ER, PERES MA, MARCENES W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública, 18(3): 699-706, 2002.

LABONTE R. Health promotion and the common good: towards a politics of pratice. Critical Public Health, 8 (2): 107-129, 1998.

MARCELO VC. Adolescentes e profissionais de saúde: olhares sobre a saúde bucal. Tese de doutorado. [Orient. Pereira IMTB]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

MASETTO MT. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo: Summus, 2003.

MORIN, E. Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro, Rio de Janeiro, Cortez Editora, 2001.

NARVAI PC, FRAZÃO P, CASTELLANOS RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. Rev Odontologia e Sociedade, 1(1/2):25-29, 1999.

NOGUES D. Vinte e poucos beijos de cinema. In: CAHEN G. (org.). O Beijo. São Paulo: Mandarim, 1997. p. 161-170.

ÖSTBERG AL, JARKMAN K, LINDBLAD U, HALLING A. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. Acta Odontol Scand, 3:167-173, 2002.

TOMAZ, J.B. O papel e as características do professor. In: MAMED S, PENAFORTE JC et. all. Aprendizagem Baseada em Problemas. Fortaleza: Hucitec, 2001. p.157-182.

WAJSBROT C. Morrer por um beijo. In: CAHEN G. (org.). O Beijo. São Paulo: Mandarim, 1997. p.110-121.

ZIMMER-GEMBECK MJ. The Development of romantic relationships and adaptations in the system of peer relationships and individual psychosocial development. Journal of Adolescent Health, 31: 216-225, 2002.