



Disciplina 8021215
Atenção à Saúde Bucal
em Populações Indígenas
2021



Projeto Huka Katu

Cacique Raoni

Fonte: Greenpeace Brasil
<https://www.greenpeace.org>





Tópico 2 - Políticas públicas de saúde

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DO SUS - ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA - princípios

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DO SUS



Figura 13 – Fonte: <https://www.cosemssc.org.br/>

A saúde de uma população, nítida expressão das suas condições concretas de existência, é resultante entre outros aspectos, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a Sociedade. Como já visto, a Constituição de 1988 que se tornou conhecida como a Constituição Cidadã, reconhece a saúde como direito de todos. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das políticas públicas e dentre as políticas voltadas para a proteção social, estão as políticas de saúde. Apoiado na história fica evidente que o sistema de serviços de saúde brasileiro vem sendo construído através do embate político, ideológico e tecnológico entre os diversos atores sociais tendo como pano de fundo as demandas macroeconômicas e os sistemas de valores hegemônicos em cada período de tempo. Os serviços de saúde, podem ter um papel na melhoria da saúde, mesmo em face das notáveis iniquidades na



distribuição de riquezas. É provável que a obtenção de efetividade e equidade exija que o sistema de saúde tenha uma forte orientação de atenção primária

Foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, realizada em Cazaquistão em 1978, que se iniciou uma reflexão em todo o mundo para uma reavaliação do modelo de saúde vigente para a valorização das práticas preventivas e educativas, como uma saída para a solução dos problemas de saúde da população. Durante a Conferência de Alma-Ata, a atenção primária foi catalogada como universal e foram definidos elementos essenciais da mesma: educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos, programas de saúde materno-infantil, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de lesões e doenças comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional



Figura 14 – Fonte: CHAVES, S., and SOUZA, M.L. Emergência da odontologia social na Bahia. In: CHAVES, S.C.L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 319-336. ISBN 978-85-232-2029-7. <https://doi.org/10.7476/9788523220297.0013>



A partir de então ficou definido que os cuidados primários são:

[...] essenciais, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

É nesse contexto que a Atenção Primária à Saúde se restabelece como espaço tático operacional de reorganização do sistema, numa concepção estratégica de organização do primeiro nível de atenção à saúde. Apresenta-se com o propósito de ser resolutiva, minimizar os custos econômicos e sociais e sobretudo atender aos problemas de saúde de sua população de abrangência.

Assim, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina todos os outros níveis dos sistemas de saúde (assistência especializada e de alta complexidade). É na atenção primária que se aborda os problemas mais comuns na comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

Desde o surgimento do conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), na Declaração de Alma-Ata, ele tem sofrido diversas interpretações. No Brasil, o Ministério da Saúde tem denominado Atenção Primária como Atenção Básica, definindo-a como um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a



prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006)

A Política Nacional de Atenção Básica, parte integrante do SUS, tem por objetivo reorganizar o modelo assistencial no Brasil e é formada por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (territórios-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

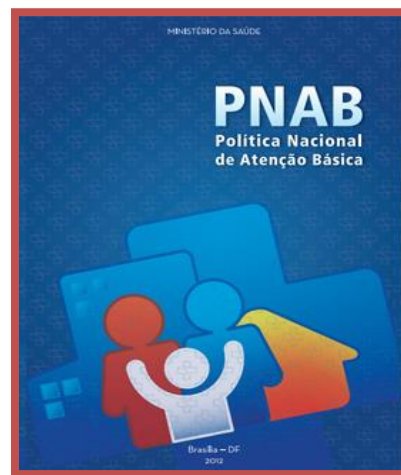


Figura 15 – Fonte: <https://aps.saude.gov.br>



SUS COMO REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica tem sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, tendo como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

VI - estimular a participação popular e o controle social.

A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio-cultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos,



do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares. O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município, já as ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade de acesso.

Em 1994, buscando os preceitos acima citados, o Ministério da Saúde iniciou o Programa Saúde da Família (PSF), definido como estratégia prioritária para uma reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. PSF se apresentou como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. As equipes são compostas por profissionais de diferentes categorias (multiprofissional) trabalhando de forma articulada, vendo o indivíduo como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade.

A Estratégia de Saúde da Família

O PSF foi uma exigência social e conseqüentemente demandou um novo sujeito para a prática odontológica, capaz efetivamente de promover saúde bucal. Criado pelo Ministério da Saúde em 1994 propõe uma nova maneira de atuação sobre o processo saúde – doença, reestruturando a atenção primária de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

O PSF não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas,



educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis.

A incorporação de equipes de Saúde Bucal na estratégia teve por objetivo primordial, ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorar os indicadores de saúde, além de incentivar a reorganização desta área na atenção básica.

Lembramos que esta é uma primeira aproximação ao conteúdo “Estratégia de Saúde da Família” sendo que, pelo seu grau de importância, teremos um módulo específico que tratará de forma mais densa a estratégia preferencial para a reorientação do modelo assistencial através do reforço para a Atenção Básica.



Figura 16 – Fonte: CHAVES, S., and SOUZA, M.L. Emergência da odontologia social na Bahia. In: CHAVES, S.C.L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 319-336. ISBN 978-85-232-2029-7. <https://doi.org/10.7476/9788523220297.0013>

PORTARIAS

A portaria GM nº 1444 de 28 de dezembro de 2000 estabelece a inserção de profissionais de saúde bucal na estratégia Saúde da Família, garantindo incentivo



financeiro federal para a implantação de 1 equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada duas equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas.

Com a publicação da portaria GM nº 673 de 3 de junho de 2003, a qual estabelece que poderão ser implantadas quantas ESB forem necessárias desde que não ultrapassem o número existente de ESF, o governo federal passou a garantir incentivo financeiro para a incorporação de ESB na proporção 1ESB:1ESF.

Pelo compromisso com os princípios gerais da Atenção Básica, em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” que tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, caracteriza-se por apontar a reorganização de todos os níveis de atenção em saúde bucal e desenvolvimento de ações intersetoriais.

A concepção da saúde, não centrada somente na assistência aos doentes mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite incorporar ações programáticas de uma forma mais abrangente destacando-se como exemplos: o cuidado com o eixo de reorientação do modelo; a humanização do processo de trabalho; a corresponsabilização dos serviços; o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso; o desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras.

Com isto, de acordo com a portaria n. 267/GM publicada em março de 2001, o Programa de Saúde da Família envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde. Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, extrapolava a concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde e caracterizava-se como estratégia que possibilita a integração e



promovia a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados. Assim, depois de 2011 é entendido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (portaria ESF 2011)

As equipes de ESF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (Secretaria de Políticas de Saúde).

Deste modo, foram criadas também, estratégias para incorporação das ações de saúde bucal na ESF e foram estabelecidas atribuições e competências comuns e específicas para os profissionais constituintes das equipes de saúde da família e das equipes de saúde bucal; assim como foram definidas as responsabilidades institucionais cabíveis ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e para as Secretarias Municipais de Saúde (Portaria 267/GM: Ministério da Saúde, 2001).

A principal função dos profissionais de referência (equipe básica da ESF) seria elaborar e aplicar o projeto terapêutico individual o que significa uma aproximação entre cliente, família e profissionais de referência, e implica na instituição de práticas, individuais, de grupo ou mais coletivas.

No entanto, ocorre que, sendo o fator humano componente principal e essencial do setor de serviços, a qualidade e a quantidade das ações desenvolvidas resultam da participação e do comportamento tanto dos produtores diretos, quanto de supervisores, de gestores e dos consumidores desses serviços para que haja, dessa forma, a extensão adequada da cobertura, a eficácia e eficiência das ações, e a elevação da qualidade com conseqüente melhora nos níveis de saúde bucal da população.

A estratégia surgiu num momento em que os serviços de saúde bucal necessitam se reestruturar segundo os princípios do SUS e assumir uma nova



postura diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes. Num momento, em que, para operar esta transformação, é necessário romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade e da necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação dessas mudanças (caderno de atenção básica, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001) a estratégia do PSF tem como base os princípios doutrinários do SUS, e sua estruturação operacional se dá a partir da Unidade Básica de Saúde da Família (USF) e apresenta as seguintes características:

Caráter substitutivo: O PSF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas do mesmo.

Integralidade e hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local da assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

Territorialização e cadastramento da clientela: A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional; Cada equipe do PSF é composta, no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACSs). E as equipes de saúde bucal do (ESB) compostas por cirurgião dentista, TSB e ASB e outros profissionais que poderão compor as reconhecidas equipes matriciais



2.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, desde 2004, foi lançada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e visa a formação de profissionais de saúde no cotidiano dos serviços de saúde, com processos de educação a partir da problematização do processo de trabalho, reflexão e aprendizagem significativa. Nesse sentido, iremos dar ênfase à formação para o trabalho em equipe na saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) prevê o trabalho em equipe multiprofissional para atendimento à população de um território. A saúde no território indígena é organizada em Polos de saúde, chamados Pólos-base, e podem estar localizados em uma comunidade indígena ou em um município de referência. São o equivalente às Unidades Básicas de Saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e contam com atuação de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), composta principalmente por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Dentista, Agentes Indígenas de Saúde Bucal (AISB) e Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

O trabalho multiprofissional pode se caracterizar como diferentes profissionais de saúde que trabalham juntos, lado a lado. Mas trabalhar no mesmo ambiente e estar junto em uma atividade ou ação não significa que iremos alcançar o cuidado integral à população.

Para muitas profissões, incluído a odontologia, a integração à ESF pode significar a ruptura do isolamento profissional e o caminho para a produção de novas relações com a equipe, transformando-o em um profissional mais atuante no campo da saúde e que possa extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional, para uma



perspectiva de interprofissionalidade, na qual o usuário é o centro do cuidado e há trocas e trabalho colaborativo entre os profissionais.

Nos encontros interprofissionais, cada profissional de saúde traz consigo suas possibilidades e limites frente ao cuidado ao usuário e na troca de um com o outro é aprende com o outro, com a diferença, e na saúde indígena com a interculturalidade.

Para o trabalho no SUS e inclui-se aqui o Subsistema de Saúde Indígena, se coloca a necessidade de atenção à saúde centrada nas pessoas e por isso também um modelo de formação de profissionais de saúde que possa ser integrada e em equipes.

Para tanto, a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) vem sendo estimulada no Brasil por organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2017) com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde. O Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) afirma que a EIP “ocorre quando duas ou mais profissões aprendem entre si, com e sobre as outras, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados” (CAIPE, 2002, p. 2).

Destaca-se aqui o termo colaboração, o que seria então uma prática colaborativa? A OMS sintetizou essas práticas em colaboração como momentos em que vários profissionais com diferentes formações na saúde podem transitar na sua área de formação e articular seu conhecimento específico com outros profissionais do serviço e assim trabalhar em conjunto com pacientes, familiares, cuidadores e comunidades com foco na qualidade da atenção em prol da resolutividade dos sistemas de saúde (OMS, 2010). Dessa forma, o trabalho em equipe integrado e colaborativo entre profissionais de diferentes áreas, com foco principal no atendimento às necessidades de saúde das pessoas, pode melhorar as respostas



a essas necessidades e portanto, a qualidade da atenção à saúde (PEDUZZI *et al.*, 2013).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

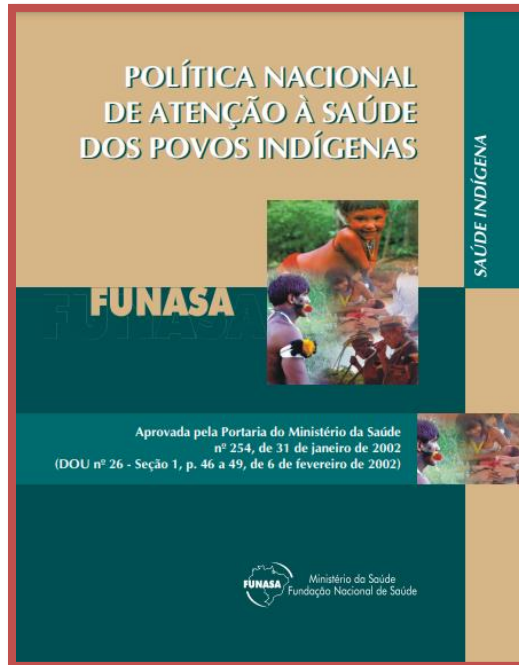


Figura 17 – Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria no 254 de 31 de janeiro de 2002.

Após anos de organização para conhecer e lidar com os agravos de saúde, essa política visa “garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a



eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (PNASPI, 2002, p 13)

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes:

- ❖ Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- ❖ Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural com o fortalecimento do Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde, cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema;
- ❖ Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI- referente à saúde dos povos indígenas;
- ❖ Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde com consideração e o respeito aos seus saberes e práticas tradicionais;
- ❖ Promoção do uso adequado e racional de medicamentos com inclusão de práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopéia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde;
- ❖ Promoção de ações específicas em situações especiais como a prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolado considerando quarentena pré e pós contato e imunização;
- ❖ Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- ❖ Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;



- ❖ Controle social - pela constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

O processo histórico e político dessa conquista será retomado no tópico 3 quando conheceremos a institucionalização da saúde indígena, momentos e marcos da organização de saúde dessas populações, mas é importante lembrar que essas diretrizes devem ser seguidas pelos gestores municipais para o planejamento e monitoramento de ações que respeitem a diversidade cultural e garantam a saúde como direito de todos e dever do Estado.



Figura 18 – Fonte: Arquivos projeto Huka Katu



2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL



Figura 19 – Fonte: <http://cidadao.saude.al.gov.br>

Segundo o ministério da saúde a luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção.

Neste sentido, estabelece-se a Política Nacional de Saúde Bucal, que se apresenta em 2004, com propostas inovadoras de humanização, consciência sanitária, acolhimento, vínculo e formas de abordagem da população.

O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal apresenta os seguintes princípios:

- gestão participativa
- ética
- acesso
- acolhimento
- vínculo
- responsabilidade profissional



O ponto chave da nova Política Nacional de Saúde Bucal conhecida como Brasil Sorridente, é que esta política está integrada às demais políticas sociais e econômicas do país, sendo embasada nos princípios e diretrizes do SUS, e pela primeira vez na história desse país a saúde bucal foi enquadrada como prioridade nacional.

Dados alarmantes obtidos com o levantamento nacional de saúde bucal nos anos 90 mostravam que mais de 13% dos adolescentes brasileiros nunca haviam ido ao dentista, e entre os adultos esta taxa chega a 3%, e em faixas etárias mais avançadas (idosos) esta parcela chegava a 5,8% dos indivíduos, perfazendo à época um total de 29,6 milhões de indivíduos.

A problemática de acesso e acolhimento em relação à saúde bucal em determinadas faixas etárias passaram a ser o foco de atuação da política para a reorientação do modelo assistencial em busca do acesso universal à assistência odontológica, com a incorporação de ações voltadas para todas as faixas etárias. A política de incentivo a cuidados com saúde bucal, recebeu inicialmente o respaldo financeiro do Estado, visando promoção de saúde bucal.

A reorientação do modelo assistencial se faz através:

- 1- da garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta;
- 2- na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;
- 3- na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS;



- 4- na definição de agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis da atenção.

A PNSB tinha como uma de suas metas a ampliação do nº de ESB na ESF e o aumento dos recursos disponibilizados para implantação e custeio mensal das ações dessas equipes. Desde então, o número de equipes de saúde bucal passou de 6.170 em 2003, em 2.787 municípios, para 24.053 em 2017 em 4.933 municípios dos 5561 existentes no país, o que impactou diretamente na cobertura populacional da saúde bucal (BRASIL, 2018).

A portaria GM nº 267 de 6 de março de 2001 aprovou normas e diretrizes para a reorganização das ações de saúde bucal na estratégia saúde da família e dispunha sobre as atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde bucal na SF. Dentre as atribuições gerais esta: participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das USF; estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal; realizar visitas domiciliares, entre outras.

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL DIRETAMENTE ENVOLVIDOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

As equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família são implantadas de duas maneiras que podem ser: uma equipe formada por 1 Cirurgião Dentista/CD e 1 Auxiliar de Saúde Bucal/ASB ou 1 Cirurgião Dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal/ASB e 1 Técnico de Saúde Bucal/TSB. De acordo com a portaria nº 3.012 de 26 de dezembro de 2012. Para atender à regiões de difícil acesso como por exemplo



populações ribeirinhas isoladas foi criada a modalidade 3 - as Unidades Odontológicas Móveis (UOM) com Equipe Odontológica Móvel (PUCCA JR et al, 2015).

CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)



Figura 20 – Fonte: <http://inacio.com.br>

Uma outra ação prioritária da Política Nacional de Saúde Bucal, consonante com o princípio de integralidade do SUS foi a implantação em todo o Brasil de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que são unidades de referência às equipes de atenção básica para o atendimento odontológico especializado. Como requisito para receberem incentivos financeiros federais de implantação e custeio mensal, os CEO devem ofertar no mínimo as seguintes especialidades: endodontia, cirurgia oral menor de tecidos moles e duros, periodontia, atendimento de pessoas com necessidades especiais (PNE) e diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca. Qualquer outra especialidade odontológica poderá ser ofertada nos CEO, a depender da definição local/regional, como cirurgia e traumatologia bucomaxilo facial, odontopediatria, prótese, ortodontia, radiologia, dentre outras que comumente são ofertadas em outros serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Cabe à gestão municipal desenvolver estratégias para assegurar à população adscrita da SF referência para as especialidades odontológicas.

No nível secundário da atenção à saúde, além dos CEO a Política Nacional de Saúde Bucal previa também a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), em virtude dos dados epidemiológicos nacionais



apontarem a grande necessidade de prótese total e parcial na população brasileira. Visando ampliar o acesso da população a este serviço reabilitador, a portaria GM nº 74 de 20 de janeiro de 2004 incluiu no grupo de ações básicas da tabela de procedimentos do SIA/SUS os procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento para que a fase clínica de confecção da prótese possa ser realizada na Atenção Básica, sendo referenciada aos LRPD apenas a parte laboratorial. A referência inclui serviços próprios, de outros municípios ou serviços contratados. A mesma portaria estabelece um repasse financeiro a todas as ESB implantadas para a compra de materiais permanentes da fase clínica de prótese. Também é da competência da gestão municipal desenvolver estratégias para assegurar à população adscrita da SF o acesso ao serviço laboratorial de prótese dentária. Os procedimentos clínicos também poderão ser realizados por um profissional especializado. Ao planejar a implantação de um CEO o gestor pode considerar importante ter um profissional especialista em prótese, embora esta não seja especialidade mínima exigida para credenciamento.



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 673, de 03 de junho de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Saúde Bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial União. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.

CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow. Higher Education Academy, Learning and Teaching Support Network for Health Sciences and Practice, Occasional Paper 1. BARR, H. (Org). United Kingdom: CAIPE, 2002. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe->



[publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h](#)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Health Professions Networks. Nursing and Midwifery. Human Resources for Health. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=F3F73D3C614EAB0849BE7651214EF99E?sequence=1>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Genebra: OMS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia, 7a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS, 2017. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34370/OPASHSS17024_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

PUCCA JÚNIOR et al. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. J. dent. res. Washington, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.



Fonte: Arquivos projeto Huka Katu

