Disciplina 8021215

Atenção à Saúde Bucal em Populações Indígenas 2021

Projeto Huka Katu

Cacique Raoni

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

Tópico 4 - Estrutura e organização da atenção à saúde bucal indígena

4.1 O QUE É PRECISO NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO?
4.2 O RETRATO DA SAÚDE BUCAL BRASILEIRA
4.3 A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO DSEI
4.4 BASES PARA REORIENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO DSEI

4.1 O QUE É PRECISO NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO?

O Brasil conta com cerca de 335.000 cirurgiões-dentistas inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia (2020), porém a má distribuição destes pelo território nacional (a grande maioria está localizada nas áreas urbanas, especialmente nas grandes cidades e capitais das regiões Sudeste e Sul) e a cultura monopolista da figura do cirurgião-dentista, faz com que existam importantes restrições no acesso da população aos serviços de saúde bucal e ao profissional CD, persistindo índices elevados de doenças bucais em muitos grupos populacionais, principalmente jovens, adultos e idosos, constituindo-se no principal obstáculo à universalização dos cuidados odontológicos

Figura 30 – Fonte: https://extensaoufc.wordpress.com

Desta forma, para planejar e executar as ações em saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a superação do modelo odontológico curativo-preventivista dirigido a escolares matriculados em escolas públicas, de forma a incluir outros grupos populacionais e ações mais complexas na oferta dos serviços públicos. Portanto, a política de saúde bucal visa a superação da confusão entre prioridade e exclusividade, que predominou nos serviços públicos até o final do século passado e que exclui das ações desenvolvidas parcelas importantes da população, indo na contramão do princípio da universalidade. Para que o usuário tenha acesso aos diferentes níveis de complexidade tecnológica é necessário que haja uma hierarquização dos serviços muito bem definida, de modo que se aumente a capacidade resolutiva dos equipamentos e serviços existentes, estabelecendo um sistema de referência e contrarreferência para os usuários do sistema de saúde. Por meio de um sistema de saúde organizado nos seus diferentes níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) é possível fortalecer e efetivar a integralidade das ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo estas ações dirigidas para todas as fases da vida e de forma abrangente para a população. Entretanto, fica difícil um sistema público de saúde oferecer isonomia aos serviços para população dos municípios ou para os Distritos Especiais Indígenas, sendo de extrema importância colocar em prática o princípio da equidade. Sabendo que indivíduos com baixa renda têm menor acesso, mais problemas de saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos, quando comparados a indivíduos com maior renda, é necessário tentar reduzir a exclusão social ampliando a oferta de ações de saúde aos mais afetados por essas desigualdades sociais.

Figura 31 – Fonte: Arquivo Projeto Huka Katu

O modelo de atenção à saúde bucal deve contemplar o planejamento estratégico ascendente, com a ativa participação da comunidade na elaboração das atividades de saúde bucal, pautadas pelas diferentes realidades de cada território. Há necessidade de divulgar de forma contínua, as políticas de saúde, os dados epidemiológicos, as atividades e atribuições das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias, o financiamento, o trabalho em saúde, os programas, as ações e os serviços prestados, por meio de parcerias com a comunidade, a sociedade civil organizada, as instituições de ensino superior e os meios de comunicação, de forma a estimular a população para a gestão participativa na saúde e consequentemente, o controle social.

4.2 O RETRATO DA SAÚDE BUCAL BRASILEIRA

No último levantamento epidemiológico de saúde bucal do povo brasileiro realizado em 2010, com mais de 45 milhões de pessoas, distribuídas em 177 municípios: 26 capitais estaduais e o Distrito Federal, além de 150 municípios de todo o país que foram selecionados aleatoriamente. Com relação à raça/cor da pele, foi seguida a autoclassificação utilizada pelo IBGE, que possuía as seguintes classificações: branca, parda, preta, amarela e indígena. As amostras foram

compostas por grupos etários segundo as recomendações da OMS: indivíduos com idades de 5 e 12 anos 15-19 anos, 35-44 anos e 65-74 anos. observou-se que ***308 indivíduos se autoidentificaram como indígenas (0,82%)*** e 37.211 indivíduos (99,18) se declararam de outras etnias (brancos, negros, pardos e demais).

Destes 44,0% eram brancos, 41,2% eram pardos, 1,0% eram índios e 13,8% os demais. Ressalta-se ainda que esta população indígena se encontrava residente nos 250 municípios estudados e não nos Distritos Especiais Indígenas DSEI's.

Figura 32 – Fonte: http://bvsms.saude.gov.br/

Dentre muitas considerações, o declínio da cárie dentária na população infantil está ocorrendo de forma desigual na população brasileira. Em relação a população infantil, tanto na dentição decídua quanto na permanente são notáveis as diferenças na distribuição do ataque da cárie. Essas diferenças foram observadas tanto na experiência global (CPO-D/Ceo-d) quanto na análise por componentes. As crianças do Norte e Nordeste do país apresentaram os maiores números de dentes cariados não tratados. Essas diferenças são ainda mais marcantes na análise por porte municipal e entre os adolescentes. O ataque de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos são profundamente elevados. Na década de 80 e 90, segundo os levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde em escolares nos anos de 1986 e 1996, o Brasil conseguiu uma expressiva redução nos níveis de cárie dentária na população infantil, cerca de 54% na faixa etária de 12 anos de idade (em 1986 o CPO-D era de 6,65 e, em 1996, foi de 3,06). Em 2010, crianças brasileiras de 12 anos de idade

e adolescentes de 15 a 19 anos apresentam, respectivamente, em média, os índices de 2,07 e 4,25 dentes com experiência de cárie dentária.

Em relação ao percentual de crianças de 5 anos de idade, livres de cárie, observou-se que este foi maior em crianças não-indígenas.

Na população indígena do Baixo, Médio e Leste Xingu, a experiência de cárie na dentição decídua - indicada pelo índice ceo-d - foi de 5,92 aos 5 anos em 2012 enquanto que no Brasil esta média foi de 2,43, em 2010. Em 2012, nesta região, 10,25% das crianças de 5 anos estavam livres de cárie comparado à 46,6% no Brasil. Neste período, o componente cariado correspondeu a 80% do ceo-d, semelhante aos resultados no Brasil (Guisilini et al, 2012).

Figura 33 – Fonte: Arquivo Projeto Huka Katu

A identificação de bolsa periodontal durante o exame indica agravamento das condições do órgão de suporte dentário relacionadas à presença e ou risco de infecção periodontal. Para os adultos, 32,3% apresentaram os sextantes excluídos como pior escore e 17,8% apresentaram todos os sextantes hígidos. A presença de cálculo foi a condição mais expressiva, presente em 28,6% dos adultos examinados.

Além disso, 19,4% tinham bolsas periodontais, sendo 15,2% rasas (de 3 à 5mm) e 4,2% profundas (6mm ou mais)

A perda dentária precoce é grave. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. O edentulismo continua sendo um grave problema em nosso país, especialmente entre os idosos. Sendo que disparidades relacionadas ao acesso aos serviços também foram identificadas. Entre indivíduos de 65 a 74 anos de idade examinados, não necessitavam de prótese dentária 7,3%. Observou-se a necessidade de prótese total em um maxilar em 17,9% dos indivíduos examinados. Uma proporção de 15,4% das pessoas necessitava de prótese total nos dois maxilares e um percentual de 5,0% apresentou necessidade de prótese parcial associada à prótese total.

É provável que muitas das diferenças apontadas sejam decorrentes do modelo de atenção em cada área geográfica incluindo, dentre outros, o impacto de medidas mais gerais, como, a fluoretação da água e do creme dental, e de medidas mais específicas relacionadas ao acesso e à utilização de serviços de assistência odontológica.

4.3 A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO DSEI

Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Em dezembro de 1999 em Brasília (Dezembro de 1999), ocorreu uma discussão sobre atenção à saúde bucal dos povos indígenas quando Cirurgiões Dentistas (CD) atuantes nos 34 DSEI's participaram de uma oficina de atualização. Foram reconhecidos a cárie dentária, doença periodontal e o edentulismo como os maiores problemas de saúde bucal a serem enfrentados, sendo discutidos os ajustes necessários à assistência odontológica, no sentido de adequá-la aos princípios do SUS. A partir de uma reflexão sobre a forma como se dava a

assistência, foi feito o planejamento e execução de ações programadas de controle de processos de infecção bucal para a população de uma aldeia Pataxó. Relatórios de atividades e depoimentos de experiências desenvolvidas na área Yanomami, na Região Norte do País, também subsidiaram a construção de instrumentos de organização dos serviços, que serão apresentados ao longo deste texto. A partir daí a concepção de sistema local de saúde bucal preconizados foram utilizados em várias regiões do país.

Figuras 34 e 35 – Fonte: Arquivo Projeto Huka Katu

Em 2005, durante a IV oficina de saúde bucal para os povos indígenas ocorrida dentro do evento do ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos de Odontologia), em Salvador, novas contribuições foram sugeridas às ações de saúde bucal indígena. Em linhas gerais as diretrizes de atenção à saúde bucal entre povos indígenas objetivaram: propiciar a incorporação de procedimentos coletivos e individuais em locais onde não há consultórios odontológicos; adequar a prática de controle de processos infeciosos bucal onde existam ou não consultórios instalados; propiciar uma ação mais integrada com as outras áreas da saúde e a utilização de outros espaços sociais para o desenvolvimento de ações coletivas de saúde bucal; consolidar a prática

efetiva de discussão local com a população indígena sobre as ações desenvolvidas; utilizar a epidemiologia como instrumento organizador da assistência; propiciar a mudança do enfoque assistencial individual para coletivo; Incorporação de recursos humanos auxiliares no controle da incidência das doenças bucais; organização da demanda assistencial a partir do levantamento coletivo de risco e necessidades e alimentar o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, permitindo o controle e avaliação das ações de saúde bucal desenvolvidas nos DSEI.

4.4 BASES PARA A REORIENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO DSEI

As ações de saúde bucal nos DSEI expressam os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Bucal, e apresentam as seguintes características operacionais: adscrição da população sob a responsabilidade do DSEI; definição das aldeias como local preferencial de realização das atividades de saúde bucal; integralidade da assistência prestada à população adscrita e articulação de referência e contra-referência aos serviços de média e alta complexidade do SUS; humanização do atendimento e preparação dos profissionais para trabalhar no contexto intercultural; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção de saúde, articulação intersetorial, participação e controle social bem como o acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Figura 36 – Fonte: Arquivo Projeto Huka Katu

Neste contexto tem-se um elenco de procedimentos estratégicos para estruturação das Ações de Saúde Bucal nos DSEI. Tais estratégias são: inclusão, na equipe multiprofissional dos DSEI, de profissionais de saúde bucal, que serão inicialmente cirurgiões-dentistas (CD) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) podendo-se estender para incorporação de Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e Técnicos em Prótese Dentária (TPD) sempre que o serviço exigir; inclusão na equipe de um CD coordenador técnico quando o DSEI apresentar em seu quadro mais de 3 dentistas em campo. Os profissionais deverão realizar atividades de controle de infecção, nas aldeias, mesmo quando essas não possuírem consultórios odontológicos fixos. Estes deverão organizar os serviços para que seja respeitada a ergonomia e a biossegurança. O registro das atividades de saúde bucal deverá ser feito no módulo do SIASI. Até que o mesmo seja implantado os registros deverão ser feitos nos formulários e relatórios padronizados pela SESAI-MS e enviados à chefia do DSEI. Cabe aqui ressaltar que tais procedimentos vêm garantir a representação dos CD nas Reuniões de Conselhos Distritais bem como nas reuniões locais.

Referências

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. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GUISILINI, Alana Cristina et al. Indígenas do Xingu: prevalência de cárie dentária aos 5 anos em 2012. Anais do 12 Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, n.1312, Belém, Pará, 2013.

Fonte: Arquivos projeto Huka Katu