



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Aerts, Denise; Abegg, Claídes; Cesa, Kátia
O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 9, núm. 1, 2004, pp. 131-138
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013499013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde

The role of dentists in the Unified Health System (SUS)

Denise Aerts ¹

Claídes Abegg ²

Kátia Cesa ³

Abstract *The Brazilian Health System might be considered as a social process. It is of fundamental importance an ongoing discussion about its health care model, the theories explaining health and disease which give it theoretical support and the role of the different health professionals working in it. The purpose of this study is to deepen the discussion about the role of dentists in the Unified Health System (SUS). The role of this professional might be considered in terms of central and local level. At central or districtal level dentists might work with interdisciplinary teams, planning healthy public policies and developing public health surveillance actions. Based on the proposals of the Ottawa Charter, dentists at a local level may work to strengthen community action, to develop personal abilities and to reorientate health services. In this context, the reformulation of dental school curriculums will be necessary, in order to graduate workers capable of attending the demands and needs of the Health System. In addition, ongoing education of the professionals already working in SUS is required.*

Key words *Unified Health System, Dentists, Healthy public policies, Health surveillance*

Resumo *O Sistema Único de Saúde é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seu modelo de atenção, os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasam e o papel de diferentes profissionais que nele atuam. Esse trabalho objetiva a discussão sobre a atuação do cirurgião-dentista no SUS. Uma forma de sistematizar suas possibilidades de atuação é a sua inserção no sistema. Em nível central ou distrital, deve atuar em equipes interdisciplinares no planejamento de políticas públicas saudáveis e no desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da coletividade. Considerando os campos de ação propostos pela Carta de Ottawa, as atribuições do cirurgião-dentista, em nível local, podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. É necessária a readequação dos cursos de odontologia para formar profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda ao SUS e a contínua capacitação dos profissionais já graduados atuando no sistema.*

Palavras-chave *Sistema Único de Saúde, Cirurgião-dentista, Políticas saudáveis, Vigilância da saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil/ULBRA e Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde/ SMS de Porto Alegre.
Rua Miguel Tostes, 101 prédio 6, sala 124, São Luís. 92420-280 Canoas RS.
daerts@via-rs.net.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ULBRA e Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Coordenadora Geral de Vigilância da Saúde, SMS, Porto Alegre.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seu modelo de atenção, os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasam e o papel de diferentes profissionais que nele atuam. Entre esses profissionais, é de interesse deste ensaio o aprofundamento da discussão sobre a atuação do cirurgião-dentista no SUS.

Na oficina Saúde Bucal na Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná (Nesco) e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em 1992, foram discutidas algumas experiências municipais de saúde bucal e apontados os principais problemas relacionados à inserção do profissional de saúde bucal no SUS: 1) a dificuldade de percepção desse trabalhador da dimensão sócio-histórica das práticas de saúde e do potencial de alcance de sua intervenção social; 2) a limitação do conceito saúde/doença pela não incorporação da dimensão social; 3) a baixa efetividade das ações de saúde bucal determinada pela ausência de participação popular na organização e avaliação dos serviços; 4) a baixa incorporação das diretrizes do SUS, em especial em relação à universalidade e integralidade, uma vez que o atendimento a determinados grupos populacionais é privilegiado; 5) a prática de atenção à saúde bucal fortemente pautada no modelo clínico; 6) o isolamento do cirurgião-dentista, em função de ser o único profissional responsável pela saúde bucal dos usuários e, como consequência, sua não participação na equipe de saúde; 7) a forma de pagamento dos procedimentos, privilegiando as ações curativas (Gevaerd, 1993).

Verifica-se que as questões identificadas naquele ano continuam atuais, embora a mudança na forma de pagamento dos procedimentos pelo SUS possa ser considerada um avanço importante. Atualmente, por intermédio do Piso de Atenção Básica, os municípios recebem do SUS um valor *per capita*, de acordo com a sua população. Esse recurso pode ser utilizado em ações preventivas e de promoção de saúde. No que diz respeito aos problemas relacionados às práticas sanitárias, percebe-se movimentos convergentes do Governo Federal para a consolidação de um novo modelo de atenção, como a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e o projeto de Vigilância em Saúde (Vigisus).

No PSF, a equipe é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. No entanto, outros profissionais já estão sendo incorporados, dependendo das necessidades locais de saúde, bem como das possibilidades administrativo-financeiras dos municípios. Entre eles, os cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2003), existem duas modalidades de equipes com a inclusão de profissionais de saúde bucal: com um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário (modalidade I) e, além desses, um técnico em higiene dental (modalidade II).

No que se refere ao Vigisus, observa-se um esforço para a articulação das práticas da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, sob a designação de vigilância em saúde. Muitas das ações resultantes da articulação dessas três vigilâncias direcionam-se para objetos que são de conhecimento do cirurgião-dentista, entre elas, como exemplo, a vigilância de serviços odontológicos e a vigilância da qualidade da água.

No nível municipal, território onde se concretizam esses dois movimentos, verifica-se que muitas cidades reorganizam suas práticas sanitárias construindo modelos alternativos de atenção à saúde. Nesse contexto, a discussão sobre a inserção e o papel de diferentes profissionais no SUS tem tido cada vez mais espaço, principalmente em função do momento de mudança dos paradigmas que suportam os diferentes modelos. No entanto, é escassa a literatura disponível sobre a atuação do cirurgião-dentista, tanto na rede básica como nos níveis central e distrital. Assim, o objetivo deste trabalho é discutir o papel desse profissional no Sistema Único de Saúde dos municípios.

A reorganização das práticas de saúde

Entre os modelos alternativos de saúde, um de particular interesse é o da Vigilância da Saúde, entendida não apenas como uma justaposição das três vigilâncias, mas sim como uma forma de organização tecnológica do processo de prestação de serviços em saúde, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços com distinta complexidade (Paim, 1999).

Esse modelo se pauta no entendimento de que a saúde é um bem construído socialmente,

reconhecendo a importância das condições de vida sobre as condições de saúde.

Uma das principais diferenças em relação aos modelos médico-assistencial e sanitarista é a inclusão de novos sujeitos. Aos atores tradicionais da saúde incorpora-se a população como sujeito na construção desse modelo, dirigindo a atenção para danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e da saúde e não apenas para o atendimento de queixas e doenças. Sua prática transcende os espaços institucionais do setor e expande-se a outros órgãos governamentais ou não, envolvendo diversos grupos sociais em uma prática intersectorial (Teixeira *et al.*, 1998).

Para tanto, é necessário que ao arsenal tecnológico médico-sanitário tradicional também se incorporem outras tecnologias, como a comunicação social, o planejamento e a programação local. Com isso, as ações desenvolvidas se pautam pela pactuação de demandas e de necessidades identificadas pela equipe de saúde e população.

Para a melhoria da qualidade de vida da população, resultado desejado, essa nova prática requer uma atitude de co-responsabilidade. Isso é, por um lado os profissionais de saúde são responsáveis pelos moradores do território onde atuam e não apenas por aqueles que buscam os serviços de saúde; por outro, é necessário que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e a da coletividade.

O modelo de atenção da vigilância se viabiliza por meio da estratégia da promoção da saúde. O conceito de promoção de saúde vem se modificando nos últimos vinte anos, influenciado pelo reconhecimento das limitações do conceito de saúde como a ausência de doença e da abordagem tradicional da atenção à saúde (Moyses e Watt, 2000). Atualmente, apresenta-se como uma estratégia inovadora, propondo a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, na busca de qualidade de vida para a população.

A Carta de Otawa é considerada um dos documentos seminais do atual movimento da promoção de saúde, que se consubstancia em uma combinação de cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, fortalecimento das ações comunitárias, criação de ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

A equipe de saúde deve pautar suas ações nessas estratégias, tanto em nível local quanto

central. Nesse sentido, uma forma de se sistematizar as possibilidades de atuação do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde é a partir desses níveis de inserção.

Nível central

A atuação do cirurgião-dentista em equipe interdisciplinar, em nível central, se volta para o planejamento de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da coletividade. Ressalta-se que essas atividades também podem ser desenvolvidas em nível distrital, na dependência do tamanho do município e de sua organização político-administrativa.

Políticas públicas saudáveis

Políticas são um conjunto de idéias que dão sustentação para as ações. As políticas públicas podem assegurar um meio ambiente saudável, oferecendo serviços que conduzam à eqüidade e tornando mais acessíveis as escolhas saudáveis (Dickson e Abegg, 2000).

Entre as políticas públicas que objetivam a melhora da situação de saúde da população, uma das mais importantes se refere aos alimentos que irão compor a dieta, considerando que ela está associada a várias doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardiovasculares e cárie dentária. Dos componentes da dieta, o açúcar é um dos mais comuns, sendo um dos principais fatores etiológicos da cárie dentária.

As políticas promotoras de saúde incluem: o controle da produção de alimentos processados com adição de açúcar e o apoio ao aumento e à distribuição de alimentos tradicionais em nível nacional; o desencorajamento da plantação de açúcar, incentivando sua substituição por produtos mais saudáveis; a remoção de açúcares extrínsecos não lácteos na alimentação de crianças e em medicamentos pediátricos; a fiscalização de rótulos alimentares, exigindo a descrição clara de seus conteúdos e valor nutritivo; o controle de propagandas sobre alimentos infantis; a distribuição de merenda escolar com alimentos sem açúcar e baixo teor de gorduras; a inclusão de temas transversais nos currículos escolares, enfatizando que açúcares isoladamente são pobres sob o aspecto nutricional, além de diminuírem a densidade nutricional de alimentos complexos (Dickson e Abegg, 2000; Sheiham e Moyses, 2000).

Também são de extrema relevância as políticas relacionadas à higiene bucal, ao tabagismo, aos serviços de saúde e, em especial, ao uso do flúor. Inúmeros estudos realizados nos últimos vinte anos têm comprovado a eficácia do flúor na redução da cárie dentária (Murray, 1969, 1986; Murray e Naylor, 1996). Por outro lado, a associação entre tabagismo e doença periodontal vem sendo consistentemente demonstrada na literatura (Ismail *et al.*, 1983; Bergström *et al.*, 2000).

É certo que os serviços de saúde são importantes para a saúde bucal da coletividade. No entanto, a predominância do enfoque assistencial deve ser questionada. Assim, são necessárias mudanças nas formas tradicionais de avaliação do trabalho desenvolvido pelo cirurgião-dentista, que utilizam habitualmente indicadores relacionados a aspectos curativos, redirecionando esforços para a avaliação de atividades preventivas e promocionais.

Buscando-se contemplar os aspectos relacionados ao flúor, ao tabagismo e aos serviços de saúde, sugere-se a fluoretação da água de abastecimento; a redução do uso do tabaco, incluindo medidas educativas e fiscais, como o aumento dos impostos sobre os cigarros; o estímulo aos cirurgiões-dentistas a utilizar metade de seu tempo em programas de promoção fora da unidade de saúde; a inclusão da técnica da restauração atraumática nas práticas de atenção à saúde bucal (Dickson e Abegg, 2000; Sheiham e Moyses, 2000).

Vigilância da saúde

Tradicionalmente, as práticas de vigilância foram estruturadas e orientadas pela demanda espontânea e pontual, tendo um forte componente autoritário e fiscalizador. Em geral, faz-se vigilância “sobre” os profissionais e não “com” a participação ativa deles e, como consequência, os programas perdem eficiência e efetividade. Por essa razão, é imprescindível a estruturação de um projeto de atuação cuja metodologia inclua a educação em saúde como ferramenta na mudança de comportamentos profissionais, melhorando a informação e motivando a compreensão da necessidade de um novo comportamento perante velhos hábitos. As atitudes e a formação dos profissionais da vigilância têm grande influência na aceitação das orientações pelo setor regulado.

De um modo geral, a formação e a capacitação de recursos humanos na área da vigilâ-

cia é um grande desafio a ser superado. Esses profissionais necessitam incorporar ao saber específico de sua área outros saberes, provenientes de diferentes campos do conhecimento, e desenvolver competências e habilidades, visando fundamentar cientificamente sua prática cotidiana e com isso aumentar a credibilidade de suas ações (SMS-POA, 2001).

A complexidade do campo da vigilância da saúde e a inexistência dessa temática na maioria das grades curriculares restringem o número de profissionais que podem compor as equipes de saúde nessa nova proposta. Tudo isso e mais a pequena experiência acumulada pelo setor saúde com as ações dessa natureza determinam a necessidade de investimentos na formação dos profissionais que irão atuar nessa área, incluindo o conhecimento da legislação que respalda as ações de fiscalização (vistoria, autuação e interdição).

Para a obtenção de resultados de impacto nas ações propostas, são necessárias também a articulação e a integração de diversos setores, órgãos e instituições e, principalmente, a participação dos cidadãos. Isso requer que os profissionais de saúde responsáveis pelas ações de vigilância busquem a legitimidade social.

No âmbito da vigilância da saúde, a prática odontológica abrange uma série de ações que incidem não somente na saúde dos indivíduos e da coletividade, mas também no meio ambiente. É certo que, muitas vezes, na realização dessas atividades, interesses econômicos dos envolvidos são contrariados. Por essa razão, é imprescindível o envolvimento dos prestadores de serviços odontológicos, desde a definição e a normatização de rotinas até as ações de fiscalização.

A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe de vigilância se deve ao conhecimento técnico específico e ao embasamento científico que orientam as ações. Em nível central, essas se dirigem para a educação em saúde, normatização e vigilância de serviços odontológicos, ações de controle e monitoramento da qualidade da água de abastecimento público, vigilância de produtos contendo flúor, controle de resíduos tóxicos e contaminados produzidos por estabelecimentos de saúde e vigilância epidemiológica das principais doenças bucais.

• Vigilância de serviços odontológicos

As ações de vigilância de serviços odontológicos têm por objetivo proteger a saúde da

população de numerosos riscos reais ou potenciais e promover os meios necessários para garantir a segurança sanitária nesses ambientes.

A exposição a fatores de risco físico-químicos e biológicos, a geração de resíduos sólidos, tóxicos e infectantes determinam uma preocupação cada vez maior com a segurança da prática odontológica.

A ausência de legislação federal específica, estabelecendo parâmetros e regulamentando as ações de controle de infecção e biossegurança no ambiente odontológico, tem dificultado a implementação de sistemas de vigilância em muitos estados e municípios.

O controle de infecção ainda não ocupa um lugar de destaque nas rotinas de trabalho praticadas por profissionais em todo o país. Soma-se a essa realidade o fato de o cirurgião-dentista, historicamente, trabalhar isolado e realizar procedimentos invasivos. A deficiência no ensino acadêmico quanto à teoria e à prática de um efetivo controle de doenças transmissíveis nos estabelecimentos odontológicos também justifica a regulação e a preocupação do poder público com esses ambientes.

Um sistema de vigilância para estabelecimentos odontológicos implica o desenvolvimento de atividades voltadas para um universo de estabelecimentos usualmente maior do que a capacidade instalada da equipe, tanto em recursos humanos (da própria área odontológica) quanto em recursos materiais. Assim, faz-se necessário organizar o sistema e capacitar a equipe de trabalhadores que realizará essas atividades.

A organização do sistema deve propiciar o reconhecimento do universo de estabelecimentos de interesse para a vigilância (consultórios, clínicas privadas e filantrópicas; rede pública; sindicatos; universidades) e a priorização das ações, conforme o risco envolvido. Além disso, a vigilância de serviços odontológicos é responsável também pelo atendimento de denúncias sobre serviços ou profissionais; vistorias em serviços odontológicos utilizados por pacientes em investigação epidemiológica para hepatites do tipo B e C; fornecimento de alvará de saúde de estabelecimentos odontológicos; capacitação dos responsáveis pelos estabelecimentos odontológicos sobre cuidados com o controle de infecção e biossegurança. Essa capacitação pode ser realizada em grupo, com o objetivo de otimizar o trabalho da equipe de vigilância, promovendo a discussão dos pressupostos teóricos que embasam as normas e as exigências do setor responsável por essas ações.

• Vigilância de produtos fluorados

O uso disseminado de flúor tem sido um importante fator para o declínio da prevalência e da severidade da cárie dentária em todo o mundo. Sua capacidade de inibir ou mesmo reverter o início e a progressão da cárie dentária é inquestionável (CDC, 2001).

Como qualquer outra substância farmacologicamente ativa, sua utilização deve ser controlada em termos de risco-benefício, pois enquanto a subdosagem não traz benefícios, a sobredosagem associa-se com a ocorrência de fluoreose. Assim, entre as atribuições da vigilância da saúde está o controle dos teores de flúor nas águas de abastecimento público, nas águas minerais, nos produtos alimentícios, medicamentos e cosméticos (dentifrícios).

A fluoretação das águas de abastecimento público é uma medida de saúde coletiva com inigualável abrangência populacional e grande eficiência na prevenção da cárie dentária, desde que respeitadas a continuidade e a regularidade dos teores adequados.

Em 1974, foi aprovada a lei federal nº 6.050, regulamentada pelo decreto 76.872, de 22/12/75, que tornou obrigatória a fluoretação das águas de abastecimento público em municípios com estação de tratamento de água (Brasil, 1975). Segundo o Ministério da Saúde, ela deve continuar a ser estimulada como elemento central das políticas de saúde bucal em todos os municípios (MS, 1999). Além disso, é imprescindível o controle dos teores de flúor exercido por órgãos e instituições externas às que produzem e distribuem a água de consumo humano. Essas ações são denominadas de heterocontrole.

Um aspecto decisivo no êxito ou fracasso da fluoretação de águas é a manutenção, no sistema de abastecimento, dos teores ótimos de flúor adicionado. A vigilância por parte das secretarias municipais de Saúde deve ter como objetivo o controle externo dos índices de flúor efetivamente presentes nas águas de abastecimento, mediante coletas e análises da água em diversos pontos da cidade. Os laudos emitidos pelo laboratório responsável pelas análises devem ser compilados e classificados conforme os teores de flúor ativo em ppm (parte por milhão), a saber: ausente, abaixo, adequado e acima. Para a maior parte do território brasileiro, o limite está entre 0,6 e 0,9 ppm de flúor.

O órgão responsável pelo sistema deverá enviar relatórios periódicos às instituições com interesse e/ou responsabilidade sobre a fluore-

tação, proporcionando o acesso da população e de suas organizações representativas a essas informações, objetivando aumentar o controle social da medida.

Além da água de abastecimento público, ocorre hoje um incremento no consumo individual de produtos fluoretados, como gomas de mascar, sucos industrializados, alimentos infantis, leite em pó, águas minerais, entre outros.

Em relação ao teor de flúor naturalmente presente nas águas minerais, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), na resolução 054/2000, não limita o teor máximo permitido (Anvisa, 2000). Por essa razão, os municípios devem exercer seu poder de regulamentar, impedindo a comercialização de águas minerais que excedam os índices recomendados na sua região.

O flúor presente nos dentífricos, desde 1989, é amplamente reconhecido como um dos responsáveis pelo declínio da cárie dentária no Brasil. Contudo, para crianças com menos de seis anos, existe um risco aumentado para fluorose devido ao reflexo da deglutição involuntária (Cury, 2001). Com isso, faz-se necessário acrescentar nas embalagens instruções e precauções sobre seu uso em crianças.

• Vigilância ambiental de resíduos tóxicos

O mercúrio presente em restaurações dentárias, além de representar a fonte mais comum de intoxicação profissional em estabelecimentos odontológicos, também é um resíduo químico altamente perigoso quando descartado no meio ambiente. A principal forma de entrada do mercúrio no corpo humano é a via respiratória, pois cerca de 80% dos vapores inalados são absorvidos nos pulmões (Rocha, 1991).

O sistema de vigilância de resíduos tóxicos inclui desde a orientação profissional quanto aos cuidados com os mesmos até o encaminhamento à reciclagem, envolvendo ações relacionadas à manipulação, segregação, armazenamento, estocagem, transporte e destinação final.

• Vigilância epidemiológica da cárie e doença periodontal

O monitoramento da cárie dentária e da doença periodontal é fundamental para o planejamento e a avaliação de ações de controle dessas doenças na coletividade. Para tanto, inquéritos epidemiológicos periódicos devem fazer parte do elenco de atividades da vigilância

epidemiológica (Moysés *et al.*, 2002). Nesse sentido, é recomendável a utilização de parâmetros preconizados pela Organização Mundial da Saúde, como idades (5 e 12 anos), faixas etárias (35 a 44 e 60 ou mais anos), índices (CPOD, ceo e CPITN) e procedimentos metodológicos, com o objetivo de permitir a comparabilidade de achados. Entretanto, além desses, poderão também ser incluídos indicadores de interesse local, como, por exemplo, o nível de satisfação de usuários e de profissionais.

A vigilância epidemiológica inclui, inicialmente, a estruturação de protocolos com os indicadores selecionados e a definição de procedimentos metodológicos a serem utilizados.

A periodicidade dos inquéritos deve levar em consideração as diferenças locais. Em nível municipal, os inquéritos poderão ser realizados de 10 em 10 anos, porém essa periodicidade poderá ser reduzida em outros recortes territoriais, como bairros e distritos sanitários, na dependência do perfil epidemiológico e das necessidades da população.

Por fim, é importante organizar um sistema de informação que permita o monitoramento da situação de saúde bucal e a construção de séries históricas, com vistas à avaliação do impacto das ações desenvolvidas e ao planejamento de políticas.

Nível local: cirurgião-dentista na atenção primária

Um dos princípios básicos da odontologia moderna é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Nesse sentido, os cirurgiões-dentistas são convidados a repensar a sua prática e exercer um novo papel dentro da odontologia em saúde coletiva.

Os profissionais têm a responsabilidade de advogarem políticas públicas saudáveis e de auxiliarem as pessoas a se capacitarem na busca de sua qualidade de vida e da coletividade (Sheiham e Moyses, 2000).

Tomando-se como referência os campos de ação propostos pela Carta de Ottawa (WHO, 1986), as atribuições do dentista em nível local podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

O fortalecimento de ações comunitárias é uma das partes mais importantes para a pro-

moção de saúde bucal da população, visando à integração da abordagem tradicional-vertical com a abordagem horizontal.

As pessoas da comunidade são consideradas um recurso fundamental para a construção da saúde bucal. Nesse sentido, a contribuição básica é o envolvimento ativo da população em questões que ela conhece como ninguém, atuando na tomada de decisões, planejamento e implementação de ações, bem como na fiscalização dos recursos utilizados. Dessa forma, responsabiliza-se a população pela busca, promoção e proteção de sua própria saúde (Buss, 1998; Dickson e Abegg, 2000).

Entre as diferentes possibilidades de envolvimento do cirurgião-dentista com atividades comunitárias, sugere-se as seguintes: buscar parceria com ativistas comunitários para a formação de redes e alianças; apoiar a criação de hortas e pomares como meio de encorajar ações cooperativas e o consumo de alimentos saudáveis; associar-se com grupos comunitários ativos na promoção da saúde das mães e crianças, como, por exemplo, a pastoral da saúde; proporcionar a participação da população no planejamento e tomada de decisões em relação à saúde bucal da comunidade; desenvolver ações intersetoriais com outras instituições públicas ou privadas (ONGs, Sesi, Sesc, Universidades).

O desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com a saúde envolve o fortalecimento da autoconfiança e da auto-estima. Para tal, é necessário auxiliar as pessoas a identificar e analisar seus problemas, possibilitando um maior controle sobre informações e recomendações que lhes são apresentadas e, consequentemente, a melhora de sua saúde bucal. A educação em saúde, nesse sentido, avança com a proposta do *empowerment*, que significa potencializar as características individuais para o controle e busca da saúde (Stotz e Valla, 1998). Dessa forma, o cirurgião-dentista tem um papel importante a assumir no auxílio das pessoas na identificação de crenças prejudiciais à saúde; no incentivo ao exame das bocas de crianças e adultos no domicílio para a detecção de problemas e na orientação sobre locais para buscar ajuda; na capacitação de agentes comunitários e auxiliares (ACDs e THDs); no auxílio na educação continuada dos colegas; na atuação como edu-

cador em saúde bucal em equipes multidisciplinares e multiprofissionais; e em ações educativas coletivas (grupos, escolas, conselhos locais de saúde, associações), relacionadas ao estilo de vida, ao uso do flúor na água e à orientação sobre a higiene bucal.

Os serviços de saúde podem ser um componente importante na melhoria das condições de saúde da população. Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal.

É necessário que o cirurgião-dentista realize seu trabalho equilibrando prevenção e cura, adotando procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica e assegurando que esses sejam implementados com o mais alto padrão possível. Além disso, deve participar do processo de identificação dos problemas dos diferentes grupos populacionais do território sob responsabilidade de seu serviço de saúde, atuando em equipes multidisciplinares e intersetoriais, com a participação de lideranças locais na vigilância da saúde bucal.

No que diz respeito específico à vigilância epidemiológica da saúde bucal, o cirurgião-dentista pode participar da organização de inquéritos epidemiológicos, atuando como coordenador da equipe local, auxiliando na coleta de dados e na alimentação do sistema de informação.

Considerações finais

O presente trabalho apontou alguns dos possíveis papéis dos cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde. Existem várias outras possibilidades, dependendo das características e necessidades de cada município. No entanto, acredita-se que sua atuação em equipes de saúde multidisciplinares, desenvolvendo atividades de promoção e educação em saúde que contemplem simultaneamente a saúde integral de indivíduos e coletividades, proporcionará uma elevação dos níveis de saúde da população.

Referências bibliográficas

- Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) 2000. *Resolução ANVISA*. Resolução que dispõe sobre o regulamento técnico para fixação de identidade e qualidade de água mineral natural e água natural. RDC 54, de 15 de junho de 2000. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/20000/5400rdc.htm>>. Acesso em 5/12/2002
- Brasil 1975. *Lei federal 6.050* de 24/05/1975. Decreto federal 76.872 de 22/12/1975. Lei federal que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento público quando existe estação de tratamento.
- Bergström J, Eliasson S, Dock J 2000. Exposure to tobacco smoking and periodontal health. *Journal of Clinical Periodontology* 27(8):1338-1347.
- Buss PM 1998. Promoção da saúde: bases teórico-conceituais, pp. 2-45. In PM Buss & JR Ferreira (orgs.). *Promoção de saúde e a saúde pública*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- CDC (Center of Disease Control) 2001. Recommendation for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *MMWR* 50 (RR14): 3-4.
- Cury JA 2001. Uso de flúor e controle da cárie como doença, pp. 33-68. In LN Baratieri. *Odontologia restauradora – fundamentos e possibilidades*. Santos, São Paulo.
- Dickson M & Abegg C 2000. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal, pp. 39-66. In YP Buischi (org.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. Ed. Artes Médicas, São Paulo.
- Gevaerd S 1993. A saúde bucal na vigilância à saúde no distrito sanitário, pp. 63-70. In OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 10, OPAS, Brasília.
- Ismail AI, Burt AA & Eklund SA 1983. Epidemiologic patterns of smoking and periodontal disease in the United States. *JADA* 306:617-621.
- Moyses SJ, Oliveira VLA, Camargo DA, Luhm KR & Crivellavo SCL 2002. A constituição do campo da epidemiologia e do núcleo da epidemiologia bucal em Curitiba, pp. 63-83. In AD Silveirato, L Ducci, MG Simão, SP Gevaerd. *Os dizeres da boca em Curitiba*. CEBES, Rio de Janeiro.
- Moyses S & Watt R 2000. Promoção de Saúde Bucal – Definições, pp. 1-21. In YP Buischi (org.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. Ed. Artes Médicas, São Paulo.
- MS (Ministério da Saúde) 1999. Secretaria das políticas de saúde. Área técnica de saúde bucal. *Parecer técnico sobre fluoretação da água de consumo público*. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/inicial.htm>>. Acesso em 21/11/2000.
- MS (Ministério da Saúde) 2003. *Reorganização das ações de saúde bucal em atenção básica*. Informe 7. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe7.pdf>>. Acesso em 5/05/2003.
- Murray JJ 1969. Caries experience of 15-years-old children from F and NF communities. *British Dental Journal* 127(3):128-131.
- Murray JJ 1986. *Appropriate use of fluorides for human health*. World Health Organization, Genebra.
- Murray JJ & Naylor MN 1996. Fluorides and dental caries, pp. 32-67. In JJ Murray (org.). *The prevention of oral disease*. (3 ed.). Oxford University Press, Nova York.
- Paim JS 1999. A reforma sanitária e os modelos assistenciais, pp. 473-488. In M Rouquayrol & N Almeida Filho. *Epidemiologia e saúde*. (5 ed.). Editora MEDSI, Rio de Janeiro.
- Rocha MP 1991. *Contribuição ao estudo da contaminação por mercúrio na odontologia – análise e avaliação das atividades e cuidados preventivos*. Tese de doutorado, Faculdade Federal de Odontologia de Pernambuco.
- Sheiham A & Moyses SJ 2000. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde, pp. 23-36. In YP Buischi (org.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. Ed. Artes Médicas, São Paulo.
- SMS-POA (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre) 2001. Conferência Municipal de Vigilância da Saúde. Cadernos de Teses. SMS, Porto Alegre.
- Stotz EN & Valla VV 1998. Desenvolvimento de habilidades pessoais, pp. 45-47. In PM Buss & JR Ferreira (orgs.). *Promoção de saúde e a saúde pública*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Teixeira CF, Paim JS & Vilasbôas AL 1998. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano VII, nº2, abr/jun, 7-28.
- WHO (World Health Organization) 1986. Ottawa Charter on Health Promotion. Copenhagen: World Organization Regional Office for Europe.

Artigo apresentado em 26/5/2003

Aprovado em 11/9/2003

Versão final apresentada em 3/10/2003