

CAMINHOS E TRAJETÓRIAS DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ

RAFAEL GOMES DITTERICH

GUILHERME FERNANDES GRAZIANI

SAMUEL JORGE MOYSÉS

[ORG.]

CAMINHOS E TRAJETÓRIAS DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ

ORGANIZADORES

Rafael Gomes Ditterich

Guilherme Fernandes Graziani

Samuel Jorge Moysés

CAMINHOS E TRAJETÓRIAS DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ

ORGANIZADORES

Rafael Gomes Ditterich

Guilherme Fernandes Graziani

Samuel Jorge Moysés

ISBN 978-85-69508-47-2

Projeto Gráfico **Visualitá Casa de Design**

Revisão **Christina Boni**

1ª Edição - Londrina - 2019

Catálogo na Publicação
Bibliotecária Zoraide Gasparini CRB/9 1529

C191 Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná / Rafael
Gomes Ditterich, Guilherme Fernandes Graziani, Samuel Jorge
Moysés (organizadores)

Londrina: INESCO, 2019
400p. : il.; 21X15 cm.

ISBN 978-85-69508-47-2

1. Saúde Bucal. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Odontologia.
I. INESCO. II. Secretaria Estadual de Saúde [SESA]. III. Conselho
Regional de Odontologia [CRO]. IV. Título.

CDD: 617.6

Esta obra contou com o apoio financeiro do Convênio N.039/2018 celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA] e o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva [INESCO].



APOIO:



SUMÁRIO

- 09 **PREFÁCIO**
Professor Léo Kriger
- 13 **APRESENTAÇÃO DO INESCO**
João José Batista de Campos
- 15 **Capítulo 1 - CONSTRUINDO OS CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ**
Rafael Gomes Ditterich | Samuel Jorge Moysés | Guilherme Fernandes Graziani | Mariele Pena de Couto | Roberto Eduardo Bueno | Marilisa Carneiro Leão Gabardo
- 39 **Capítulo 2 - FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS AUXILIARES EM SAÚDE BUCAL EM INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO DO PARANÁ**
Roberto Eduardo Bueno | Maria Lúcia Tozetto Vettorazzi | Vanessa Bacelar de Souza Verdolin | Doriana Cristina Gaio Girata
- 59 **Capítulo 3 - AS UNIVERSIDADES PÚBLICAS E SEU PAPEL NO FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO PARANÁ**
- 61 **A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**
Maria Celeste Morita | Lucimar Aparecida Britto Codato | Rafael Gomes Ditterich

- 69 **O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ E A SUA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA-PR**
Rafael Gomes Ditterich
- 81 **O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA E A SUA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NOS CAMPOS GERAIS**
Cristina Berger Fadel | Manoelito Ferreira Silva Junior
- 89 **O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA E SUA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA REGIÃO DE LONDRINA-PR**
Maria Celeste Morita | Lucimar Aparecida Britto Codato
- 95 **O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ E SUA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA REGIÃO DE MARINGÁ-PR**
Mitsue Fujimaki
- 103 **O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ E SUA INTEGRAÇÃO ENSINOSERVIÇO NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ**
Mariângela Monteiro de Melo Baltazar | Marina Berti
- 110 **O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANÁ E A SUA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO NORTE PIONEIRO**
Sibelli Olivieri Parreiras
- 116 **REALIDADES E DESAFIOS DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DE SAÚDE NA ODONTOLOGIA**
Maria Celeste Morita | Lucimar Aparecida Britto Codato

- 127 **Capítulo 4 - A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ: UM OLHAR SOBRE OS RESULTADOS DO PMAQ-AB**
Marcia Helena Baldani | Pollyanna Kássia de Oliveira Borges | Ana Elisa Ribeiro | Thabata Cristy Zermiani | Rafael Gomes Ditterich
- 151 **Capítulo 5 - SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL**
Pablo Guilherme Caldarelli | Cássia Cilene Dezan Garbelini | Acácia Maria Lourenço Francisco Nasr | Carolina de Oliveira Azim Schiller | William Augusto Gomes de Oliveira Bellani | Simone Tetu Moysés | Juliana Schaia Rocha | Marcia Helena Baldani | Giovana Daniela Pecharki
- 179 **Capítulo 6 - QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS EM SAÚDE BUCAL NO PARANÁ**
Mitsue Fujimaki | Raquel Sano Suga Terada | Luiz Fernando Lolli | Camila Fracalossi Galbiati | Josely Emiko Umeda | Tânia Harumi Uchida | Clodoaldo Penha Antoniassi
- 197 **Capítulo 7 - OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOs) COMO PONTO DE ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE BUCAL NO PARANÁ: UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PMAQ-CEO**
Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves | Samuel Jorge Moysés | Rafael Gomes Ditterich | Raquel Sano Suga Terada | Rodrigo Noll Gonçalves
- 213 **Capítulo 8 - ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL A PACIENTES FISSURADOS LABIOPALATAIS NO ESTADO DO PARANÁ**
Mariângela Monteiro de Melo Baltazar | Daniela Pereira Lima | Fabiana Gonçalves de Azevedo Oliveira Matos | Robson Diego Calixto | Rafaela Scariot de Moraes | Solena Ziemer Kusma

- 241 **Capítulo 9 - ATENÇÃO À PACIENTES COM CÂNCER BUCAL: CONSTRUINDO A REDE DO NÍVEL LOCAL A ATENÇÃO HOSPITALAR**
Ruann Oswaldo Carvalho da Silva | Sibebe Pereira de Oliveira | Rafael Gomes Ditterich
- 267 **Capítulo 10 - HISTÓRIA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ**
Moacir Laurindo Sassi | Maria Isabela Guebur
- 299 **Capítulo 11 - O TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (ART) COMO ESTRATÉGIA NO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL: A EXPERIÊNCIA DA QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ**
Ana Cláudia Rodrigues Chibinski | Denise Stadler Wambier | Mayara Vitorino Gevert | Letícia Maira Wambier | Érika Luiza da Silva Feller | Gabriela Pereira Afonso
- 325 **Capítulo 12 - A CONTRIBUIÇÃO DAS UNIVERSIDADES NA VIGILÂNCIA DA CONCENTRAÇÃO DE FLUORETOS NA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICA E MINERAL PARA O CONSUMO HUMANO NO ESTADO DO PARANÁ**
Rafael Gomes Ditterich | Pablo Guilherme Caldarelli | Marilisa Carneiro Leão Gabardo | Cristiane Matsuo de Oliveira Piorunneck | André Luis Cândido da Silva | Gabriela Silva Almeida | José Luiz Nishihara Pinto
- 357 **Capítulo 13 - A ODONTOLOGIA NAS INSTITUIÇÕES PARTICIPATIVAS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO PARANÁ**
Christiane Luiza Santos | Andrea Luiza Currelino Braga | Mariângela de Assis Gomes Fortes | Richelliany Julião dos Santos Cardoso | Rafael Gomes Ditterich | Huáscar Fialho Pessali
- 391 **ORGANIZADORES**
- 392 **AUTORES**

PREFÁCIO

Escrever o prefácio de um livro é uma honra e um desafio. Fui honrado com o convite dos organizadores deste livro “Caminhos e Trajetórias da Saúde Bucal no Paraná” para escrever este prefácio. Morando há quase quatro anos fora do Brasil e convalescendo de uma grave doença aceitei o desafio para poder contar a minha participação neste percurso de mais de 50 anos da história da saúde bucal no Paraná.

O Paraná sempre foi ousado na implantação de ações de saúde bucal coletiva. Quando o programa de Fluoretação das águas de abastecimento público ainda era incipiente no Brasil, Curitiba foi a primeira capital a receber a medida, que perdura até os dias de hoje, com os reconhecidos benefícios que a medida proporciona e seu alto valor social. A expansão para todo o Estado foi uma questão de tempo e de vontade política.

Mudanças são sempre traumáticas quando não se tem cuidado em fazê-las com uma base científica e administrativa. E este cuidado o Paraná teve. Quando as tendências na América Latina e no Brasil apontavam para a Simplificação e a Desmonopolização, o Paraná ousou outra vez. Foi pioneiro no desenvolvimento de equipamentos simplificados de baixo custo e na utilização em larga escala de pessoal auxiliar, oferecendo o primeiro Curso de Técnico de Higiene Dental [THD]. As críticas de setores tradicionais de que estávamos formando “dentistas práticos” não se confirmaram e hoje o Paraná conta com um grande número de profissionais de nível técnico em saúde bucal.

Sair de um programa eminentemente curativo, com ênfase no atendimento a escolares e com base no programa incremental, foi outro desafio a ser enfrentado. A ampliação das ações de educação em saúde e de prevenção teve no Programa Estadual de Bochechos com Flúor um grande aliado, como medida sendo utilizada para aumentar a cobertura do atendimento à população.

A educação em saúde e a prevenção foram as bases das campanhas de prevenção do câncer bucal, que durante 30 anos varreram o Estado com o apoio das Universidades, órgãos de classe e da sociedade organizada. O atendimento ao fissurado palatino, por meio do Centro de Atendimento Integral do Fissurado Palatino, e aos portadores de deficiências por meio do Centro Regional ao Atendimento de Deficiências foram marcos que se consolidaram ao longo dos anos.

A integração com os serviços sempre foi uma vocação dos cursos de Odontologia do Paraná, encontrando permanente respaldo nas esferas estadual e municipais. A parceria com as Instituições de Ensino Superior (IES) foi fundamental para a capacitação e atualização de milhares de profissionais no programa “Protegendo a Vida” e na consolidação do processo da gestão, abrangendo todos os municípios do Estado.

A necessidade de se estabelecer uma Política Estadual de Saúde Bucal em bases contemporâneas levou a implantação da Rede Atenção à Saúde Bucal, com o estabelecimento da Linha Guia, definindo pontos de

atenção e as normativas para o atendimento dos pacientes, com a definição de risco coletivo e individual.

Foi uma trajetória pontilhada de ações efetivas, algumas ousadas para a época, mas que encontraram respaldo na comunidade. O envolvimento dos profissionais da saúde bucal no processo foi fundamental para chegarmos até aqui. Mas há novos desafios a serem vencidos. A consolidação da Política Estadual de Saúde Bucal deve ser responsabilidade de cada gestão, com atualização constante, mas sem fugir dos princípios traçados.

Foi uma honra prefaciá-lo este livro, que relata a experiência de cada profissional envolvido na consolidação de uma saúde bucal cidadã. Agradeço aos organizadores por este momento de alegria e felicidade. O desafio para as próximas gerações de profissionais está lançado.

Prof. Léo Kriger

APRESENTAÇÃO DO INESCO

O INESCO desde a sua criação em 1988, pelas áreas de Saúde Pública/ Coletiva das Universidades Estaduais do Paraná na época, sempre apoiou as iniciativas e projetos para ajudar a implantar e melhorar a construção do SUS. Uma das principais linhas dos nossos trabalhos é a edição de publicações, além da formação na graduação e na pós-graduação, da educação permanente dos profissionais de saúde, de várias atividades de capacitação e de promoção de eventos.

Nesse sentido, incluímos no nosso Plano de Trabalho apresentado à SESA em 2018, o apoio à produção editorial do livro “Caminhos e trajetórias da saúde bucal no Paraná”, que pelo empenho dos seus organizadores e dos 58 autores conseguiu, através dos seus 13 capítulos, traduzir todo o esforço que vem sendo construído ao longo das últimas cinco décadas e colocando o Estado na vanguarda da saúde bucal brasileira.

Em todos os capítulos o percurso da saúde no Paraná é destacado através da importância do seu papel no fortalecimento da integração ensino-serviço na atenção à saúde bucal, nos cursos de graduação em Odontologia, na formação de profissionais de nível técnico, na atenção materno-infantil, nas análises dos resultados do PMAQ, na qualificação da gestão do SUS, na prevenção e atenção ao câncer bucal, além da vigilância da concentração de flúor na água de abastecimento para o consumo humano no Estado.

Estas diferentes experiências falam da construção de novos sujeitos sociais, novas formas de prestar os serviços de saúde, novas maneiras de formar os profissionais de saúde, novas alianças estratégicas para alcançar os ajustes necessários, e a efetiva implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Odontologia, desde a sua promulgação em março de 2002.

Enfim, queremos registrar que a publicação deste livro reflete um processo mais amplo de mudanças nas ações de educação, de aprendizagens inovadoras e de melhorias na atenção básica e na gestão dos serviços de saúde. Temos certeza de que ele fará a diferença para o desenvolvimento do SUS.

João José Batista de Campos

[Diretor Presidente INESCO]

CONSTRUINDO OS CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ

Rafael Gomes Ditterich | Samuel Jorge Moysés | Guilherme
Fernandes Graziani | Mariele Pena de Couto | Roberto
Eduardo Bueno | Marilisa Carneiro Leão Gabardo

INTRODUÇÃO

Por um longo período, a atenção odontológica pública, de caráter bastante limitado, priorizou um grupo específico da população – os escolares da rede pública –, por meio da implementação de diferentes modelos assistenciais (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008). Tais modelos (Figura 1) se mostraram ineficazes, já que não resolveram os problemas principais dos escolares, além de terem alto custo e baixo rendimento.

A construção da saúde bucal coletiva ganhou ênfase a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a saúde bucal tem sido apontada como um dos motivos mais relevantes para demanda por cuidados de saúde

[ANTUNES *et al.*, 2016]. Dessa forma, a população permanece continuamente exposta aos fatores de risco e de proteção, que podem incidir de modo desigual sobre os estratos sociais, provocando iniquidades em saúde bucal.

FIGURA 1 - Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil



Fonte: Vasconcelos e Fratucci [2013].

Entretanto, durante muito tempo as necessidades dos cidadãos perduraram e foram vistas em serviços de saúde fragmentados, organizados preferencialmente para a assistência bucal às condições agudas, com procedimentos de conduta invasiva, em contatos rápidos e esporádicos, em detrimento da atenção continuada e integral às condições crônicas [PUCCA JUNIOR *et al.*, 2015].

No âmbito da Atenção Primária à Saúde [APS], um marco importante se deu por meio da implementação do Programa Saúde da Família, em 1994 [atualmente denominado Estratégia Saúde da Família - ESF]. A ESF promoveu a reorganização do modelo de atenção no Brasil, com enfoque na família em um território adstrito, na promoção da integralidade e da hierarquização e promovendo a atuação multiprofissional. No entanto, somente no ano 2000, por meio da Portaria nº 1.444, estabeleceu-se o incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal pela ESF [BRASIL, 2000]. A Portaria definiu que a inserção das equipes de saúde bucal [eSB] visava ampliar o acesso às ações de saúde, assegurando atenção integral e vínculo territorial. Foram propostas duas modalidades de equipes: I, com um

cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário ; II, que incluía adicionalmente um técnico de higiene dental .

Posteriormente, em 2001, foi publicada a Portaria nº 267, a qual regulamentou a Reorganização das Ações de Saúde Bucal na APS e descreveu os procedimentos compreendidos neste nível da atenção [BRASIL, 2001]. Desde o estabelecimento do incentivo para implantação das eSB, durante anos constatou-se elevado crescimento do número de equipes no país. As ações a serem desenvolvidas pelas eSB devem ser voltadas para o cuidado em saúde bucal como eixo de reorientação do modelo, além de serem pautadas na humanização, na corresponsabilização dos serviços, e no trabalho voltado para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso [BRASIL, 2006].

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o Brasil Sorridente, o qual garante ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população. Tem como objetivo, a reorganização da prática, e a qualificação das ações e serviços, promovendo a ampliação do acesso ao tratamento odontológico e incentivando a implantação das eSB na ESF [BRASIL, 2004].

Com a incorporação das eSB na ESF, tem se buscado a atenção à saúde integral, visando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde. Além disso, houve avanços no sentido da educação permanente, no acolhimento e criação de vínculo. Entretanto, ainda há desafios referentes à melhoria do cuidado, ao trabalho integrado em equipe multiprofissional, ao controle social e às ações intersetoriais [BRASIL, 2006].

O Brasil Sorridente, exerceu um importante papel indutor de grandes avanços na reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), no acesso às especialidades odontológicas e atenção hospitalar, na resolutividade dos problemas de saúde bucal, no cuidado integral e no desenho da rede de atenção à saúde bucal no país [CARRER *et al.*, 2019]. A criação, em 2004, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foi um marco na atenção à Saúde Bucal no Brasil. Atualmente, a atenção integrada à saúde bucal pode contar com a APS alocada na Unidade Básica de Saúde e com a atenção especializada com os CEOs. A alta complexidade em Odontologia

sempre foi um ponto crítico, devido ao fato de outros atores entrarem neste cenário com interesses divergentes. O Brasil Sorridente investiu também na organização da atenção hospitalar, com destaque para a atenção às pessoas com neoplasias bucais e para pacientes especiais que necessitam de anestesia geral. O credenciamento de Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) foi vinculado à presença do cirurgião-dentista na equipe, o que garante que os usuários oncológicos tenham acesso à atenção odontológica antes, durante e depois de seu tratamento (CARRER *et al.*, 2018; 2019).

Iniciou a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais. Este parece ser um dos grandes desafios da Odontologia: constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odontobiológicas (BRASIL, 2018).

No entanto, Serra *et al.* (2005) argumentam que o Brasil Sorridente, se por um lado abre caminhos para a ampliação da APS e das ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção à saúde, bem como investimentos na estruturação dos mecanismos de referência por meio dos CEOs, por outro lado sofre diretamente influência da gestão municipal, estadual ou regional. Isto pode comprometer a garantia da continuidade no cuidado à saúde. Portanto, é fundamental que a gestão, nas suas diferentes esferas, desencadeie e apoie o processo de construção das Redes de Atenção à Saúde.

No campo da saúde bucal, desde o início da organização da atenção odontológica estatal, o Paraná tem se mostrado pioneiro na implementação de programas e políticas, sendo considerado exemplo de organização dos serviços odontológicos no Brasil. Muito contribuiu para esta condição a forte presença político-organizacional e normativa da Secretaria de Estado do Paraná (SESA-PR) e a importância alcançada pelo setor de saúde bucal em sua estrutura (BALDANI, 2008). Destaca-se também, nesses caminhos e trajetórias, a participação estratégica de ilustres cirurgiões-dentistas na condução da Divisão de Saúde Bucal, no Centro Formador de Recursos

Humanos Caetano Munhoz da Rocha, na Escola de Saúde Pública do Paraná e em diferentes funções dentro da SESA-PR. Dentre estas personalidades destacam-se: Lais Moreira Amarante, Lauro Consentino Filho e Léo Kriger.

Também vale ressaltar que o estado do Paraná se apresentou como pioneiro na inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, antes mesmo da normatização do Ministério da Saúde, identificando-se além de Curitiba-PR [em 1994] as experiências de Catanduvas-PR e Pitanga-PR [BALDANI, 2008]. Dentre as experiências em curso, o estado do Paraná vem promovendo mudanças na concepção de Redes Temáticas, instituindo diretrizes para a construção da linha guia da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

Deste modo, este capítulo tem o objetivo de apresentar o cenário geral da organização da saúde bucal no estado do Paraná, destacando que ao decorrer de todo o livro serão abordados de forma ampliada o pioneirismo, os avanços e desafios da construção dos caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado.

HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA NO SERVIÇO PÚBLICO DO PARANÁ

A odontologia no serviço público do Paraná aparece na literatura, com mais ênfase, no início dos anos 1940, mais precisamente em 14 de outubro de 1941, na esquina das ruas Westphalen e Marechal Deodoro. Ali, com a ampliação do Centro de Saúde no município de Curitiba-PR, passa-se a oferecer novos serviços como pré-natal, higiene escolar, higiene dentária entre outros. Esse espaço viria a receber um gabinete odontológico, o primeiro com características públicas. Estava assim criado o Serviço de Assistência Dentária do Estado [AMARANTE, 2006].

Entre os anos 1940 e início de 1960, tanto a contratação de novos profissionais como a abertura de novos locais tiveram um movimento crescente, e assim o serviço de higiene dentária foi aumentando. Merece destaque especial o ano de 1958, em vinte de outubro de 1958, com o início

da fluoretação da água da estação de tratamento Tarumã.

Nos anos de 1950 houve um crescimento desordenado do estado, principalmente da região norte e oeste, com um forte movimento migratório. O estado ofertava serviços de forma desarticulada e não padronizada, havendo uma expansão dos serviços de assistência odontológica principalmente nas escolas estaduais, sendo sua maior concentração em Curitiba-PR [AMARANTE, 2006]. A Escola de Saúde Pública teve um papel fundamental nesse período, ofertando o curso de odontologia sanitária, formando vários especialistas que passaram a trabalhar com maior interesse na saúde pública [AMARANTE, 2006].

Nos anos de 1970 uma expansão do número de consultórios ocorreu, não se limitando à capital, mas mantendo o enfoque do seu atendimento prioritariamente em escolares [AMARANTE, 2006]. Essa hegemonia do Sistema Incremental em todo o país, com a priorização das crianças em idade escolar, acabou deixando de lado e, excluída da assistência odontológica pública, grande parcela da população.

No início dos anos 1980, existiam no estado 258 consultórios odontológicos, sendo que 106 em grupos escolares, 16 em centros de saúde e 136 nas demais unidades sanitárias, com muitos deles ociosos por falta de cirurgiões-dentistas [AMARANTE, 2006]. Em 1982, o Serviço de Odontologia Sanitária [SOS] da SESA-PR apresentava 174 cirurgiões-dentistas trabalhando em Curitiba-PR, contando com 62 contratados pelas prefeituras municipais para as Unidades de Saúde. Ao todo, o SOS contava com 236 profissionais para o atendimento odontológico na rede de saúde pública do estado [AMARANTE, 1994].

Em 1985, no Paraná surgiu uma outra experiência pioneira, a Atenção Precoce na Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina [UEL]. No serviço público de assistência odontológica, os municípios de Cambé-PR e Londrina-PR foram os primeiros na implantação da atenção precoce no formato “clínicas de bebês” [WALTER; GARBELINI; GUTIERREZ, 1991; BALDANI *et al.*, 2013]. A Atenção Precoce propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, e visava à educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal,

controle da amamentação noturna após os seis meses de vida e consumo racional de açúcar [BALDANI *et al.*, 2013]. Conforme Pinto [2000], a clínica de bebês foi considerada uma promissora linha de prestação de cuidados preventivos implementada desde o nascimento da criança. A metodologia desenvolvida na clínica de bebês engloba duas fases principais: a fase educativa, em que os pais recebem informações sobre saúde bucal e sobre o funcionamento do programa, e a fase preventiva, na qual a criança recebe o atendimento clínico, com retorno previsto a cada dois meses [WALTER; GARBELINI; GUTIERREZ, 1991].

A Atenção Precoce destacou-se como um modelo de sucesso relativo para a clientela específica de crianças menores de três anos de idade, com resultados positivos na redução de cárie dentária tanto na idade assistida, quanto nas idades subsequentes, incluindo os escolares de seis anos – época importante pela erupção do primeiro molar permanente. Provavelmente, o sucesso na redução do índice de cárie ocorreu pela ênfase dada à prevenção e educação em saúde bucal [BALDANI *et al.*, 2013]. No entanto, o que se pode observar foi que as Clínicas de Bebês se tornaram um fenômeno crescente em um número cada vez maior de municípios, que acabaram implantando de forma distorcida como sinônimo de assistência odontológica. O risco da disseminação deste tipo de prática é a repetição de um mesmo erro grave do passado, quando o foco da atenção fica centrado em escolares, deixando o restante da população sem assistência, perpetuando um modelo excludente.

Apesar disso, a atenção precoce foi uma conquista da Odontologia e a sua inserção nos modelos assistenciais de saúde bucal pode ser visto como uma estratégia adicional para a prevenção das doenças, representando a incorporação de um novo entendimento na abordagem das doenças bucais, numa perspectiva preventivo-promocional. Entretanto, a implementação deste tipo de prática dentro dos serviços deve obedecer à lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade [OLIVEIRA *et al.*, 1999].

O Paraná, antes das décadas de 1980, apresentava um sistema de odontologia pública tradicional e hegemônico, com caráter individual e de forma desarticulada, sendo os seus serviços desintegrados. Com a criação

do SUS, houve um grande processo de descentralização, sendo que desde então a SESA-PR deixou gradativamente de atuar na atenção primária, concentrando sua atuação na assistência odontológica especialmente da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, destacando: Centro de Atendimento Integral ao Fissurado (CAIF) e Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID).

Na atenção especializada, os CEOs dos Consórcios Intermunicipais de Saúde recebem incentivos financeiros mensais e em alguns poucos deles contam com cirurgiões-dentistas cedidos da SESA-PR (ALCANTARA, 2008).

A INCLUSÃO E A EXPANSÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO PARANÁ

Segundo Brasil (2007), as Secretarias Estaduais teriam como atribuições na APS: participar do financiamento, garantir a equidade na oferta dos serviços, cooperar tecnicamente com os municípios, capacitar os recursos humanos, acompanhar, avaliar, regular os serviços e executar as ações da APS de forma suplementar ou transitória nos municípios que não desempenham sua responsabilidade.

A SESA-PR atualmente divide-se administrativamente em 22 Regiões de Saúde (RS) que realizam atividades de cooperação e assessoria com as secretarias e departamentos de saúde dos municípios paranaenses. As RS contam, na maioria, com um cirurgião-dentista responsável pelas ações em saúde bucal (ALCANTARA, 2008). Logo no início da implantação das eSB na ESF no estado do Paraná em 2002, Baldani *et al.* (2005) realizaram um estudo para identificar como estava esse processo nos 136 municípios paranaenses até então com eSB. Observaram que todos os cirurgiões-dentistas estavam basicamente envolvidos, quase que exclusivamente, com o atendimento clínico, sendo que nem todos desenvolviam as outras atividades: Visita domiciliar (88,6%); Prevenção e promoção de saúde (95,2%); Reunião com toda a eSB (80,%); Planejamento do trabalho

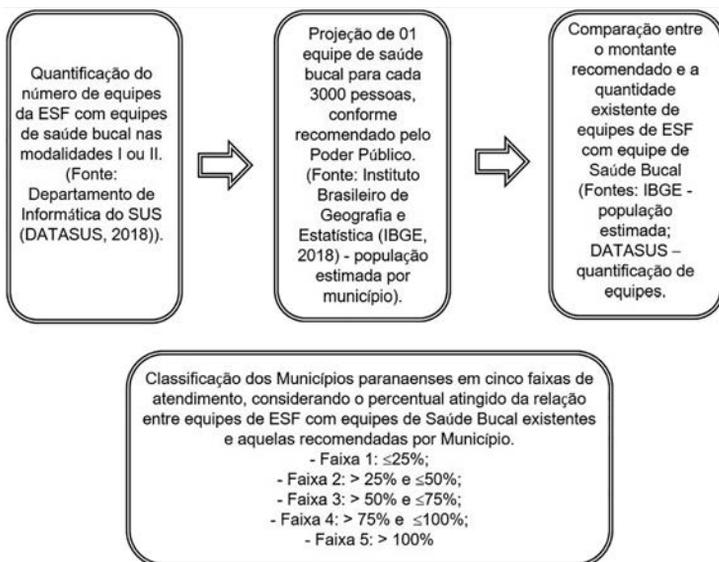
[91,4%]; Interação com outros setores [72,4%]; Reunião com a comunidade de abrangência [74,3%]; Estabelecimento de grupos prioritários [73,3%]; Articulação de referência e contrarreferência [48,6%]; Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica para planejamento [33,3%]. Os auxiliares, por sua vez, centravam suas ações em atividades convencionais como instrumentação do cirurgião-dentista, e desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais. Identificaram, também, que bebês, gestantes e idosos, nessa sequência, são os grupos populacionais menos atendidos pelas equipes, demonstrando que na área de saúde bucal ainda não se cumpriu um dos objetivos da ESF que é estender a atenção a todos os ciclos de vida.

No estado do Paraná, a SESA-PR, em 2011, delineou em seu mapa estratégico, ações de capacitação para as equipes da APS. Estas ações de fortalecimento da APS fazem parte do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), o qual apresenta três eixos de ações: investimento, custeio e educação permanente. No eixo educação permanente, foram realizadas uma série de oficinas com o objetivo de implementar as seguintes redes de atenção no Paraná: Rede Mãe Paranaense, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Saúde Mental, Rede de Urgência e Emergência. Até 2015, nove oficinas foram realizadas, com a participação de mais de 30.000 profissionais da APS, incluindo os cirurgiões-dentistas. Apesar do APSUS capacitar somente as equipes da atenção primária, o desenho da rede como um todo tem sido discutido desde a primeira oficina, possibilitando repensar o dimensionamento dos serviços nos diferentes níveis e pontos de atenção (PINTO *et al.*, 2016).

Ditterich *et al.* [2019] realizaram um estudo para avaliar a evolução das eSB na ESF no estado do Paraná, dentro de um período de dez [10] anos, compreendidos entre 2008 e 2017. Para a análise utilizou-se a proposta presente na Figura 2.

As Figuras 3, 4 e 5 demonstram a evolução comparativa existente nos 399 Municípios paranaenses ao longo de dez anos, destacando o período de 2008, 2013 e 2017. O Quadro 1 apresenta a síntese da análise das coberturas da eSB no Paraná.

FIGURA 2 - metodologia empregada para análise das coberturas das eSB no estado do Paraná.



Fonte: Ditterich *et al.* (2019)

FIGURA 3 - Coberturas das eSB nos municípios do estado do Paraná no ano de 2008.

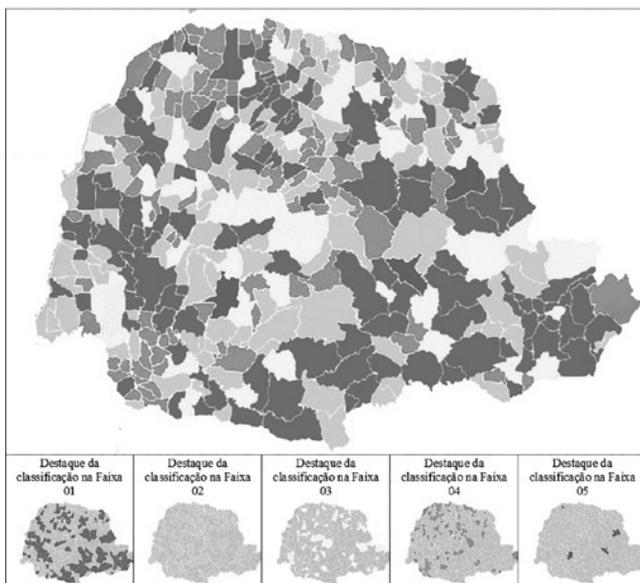


FIGURA 4 - Coberturas das eSB nos municípios do estado do Paraná no ano de 2013.

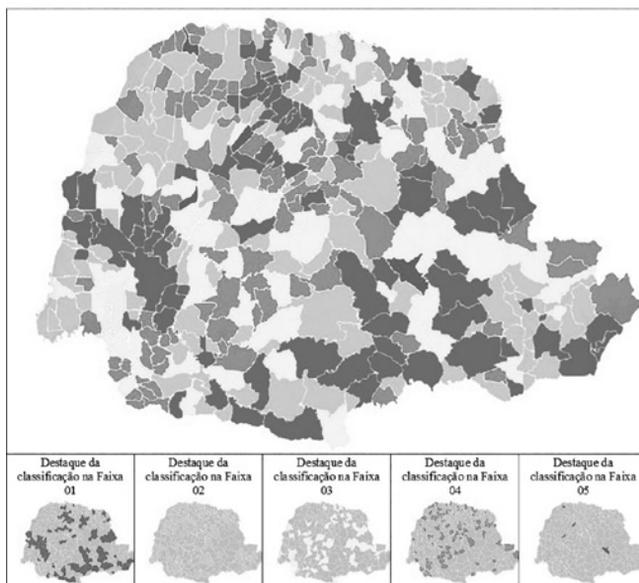
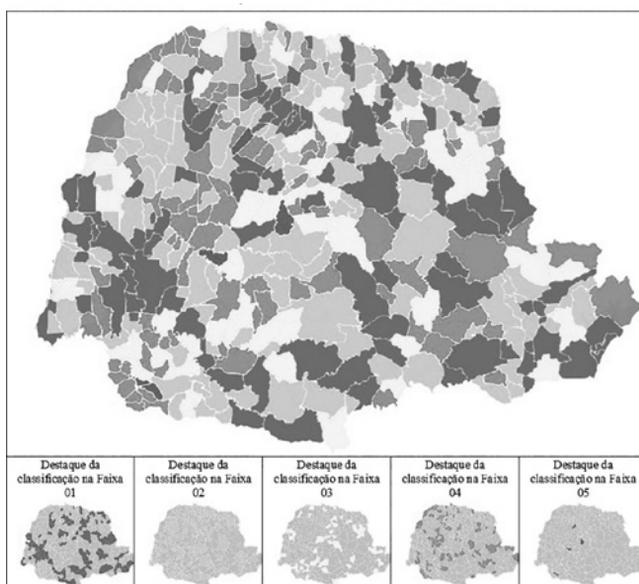


FIGURA 5 - Coberturas das eSB nos municípios do estado do Paraná no ano de 2017.



QUADRO 1 - síntese das análises da evolução das coberturas das eSB no estado do Paraná (2008-2017).

Para a Faixa 1 houve uma redução de 119 para 95 Municípios no período analisado (2008-2017). Portanto, no ano de 2008, 29,8% dos Municípios estavam enquadrados na Faixa 1, reduzindo este percentual para 23,8% no ano de 2017, considerando-se a reclassificação de 24 Municípios para as demais Faixas, representando uma melhora, nesta Faixa, de 20,2% durante o período analisado. O melhor índice encontrado na Faixa 1 estabeleceu-se nos anos de 2014 e 2015, período em que apenas 84 Municípios estiveram enquadrados nesta Faixa. Durante o período analisado, o número de Municípios que compunham a Faixa 1 manteve-se em queda desde o início (2008-2009) até o ano de 2014, permanecendo estável no ano de 2015 e, pela primeira vez, ampliando o número de Municípios dentro desta faixa de classificação a partir do ano de 2016, com nova ascensão em 2017.

Eram 113 Municípios que compunham a Faixa 2 no ano 2008, representando o menor número de Municípios dentro desta faixa de classificação durante o período analisado. Em 2017 esta Faixa atingiu a proporção de 140 Municípios. Percentualmente, os anos de 2008 e 2017 correspondem, respectivamente, à 28,3% e 35,1% da totalidade de Municípios do Estado paranaense. Esta Faixa é integrada pelo maior número de Municípios, se comparado com o número de Municípios que integram cada uma das demais Faixas, cujo aumento exponencial deste conjunto no período analisado é maior, inclusive, do que a redução que houve no número de Municípios que integravam a Faixa 1.

A Faixa 3 que era contemplada com 58 Municípios no ano de 2008, teve uma redução de 4 Municípios em relação ao período analisado, ficando com 54 Municípios no ano de 2017. Isto equivale a uma redução de 6,9% dos Municípios que compõem esta Faixa. O comportamento da evolução do quantitativo de Municípios que integram esta Faixa foi inverso ao ocorrido em relação à Faixa 1, ou seja, no início do período analisado a Faixa 3 manteve-se em ascensão, tendo seu ápice no ano de 2010, quando 71 Municípios ocuparam esta Faixa, representando 17,8% dos Municípios paranaenses, com declínio nos anos subsequentes, cuja queda mais acentuada ocorreu a partir do ano de 2015, culminando no resultado final anteriormente apresentado.

Durante o período analisado (2008-2017), a Faixa 4, em comparação às demais Faixas foi a única que se manteve estável, contemplando 105 Municípios em 2008 e 2017, representando 26,3% dos Municípios paranaenses. No entanto, dentro deste interstício, houve alterações na quantidade de Municípios, sendo que o melhor ano foi o de 2011, no qual 115 Municípios compunham esta Faixa, equivalendo a 28,8% da totalidade de Municípios do Paraná e o ano de 2015 representou o menor número de Municípios, contemplando apenas 104, equivalendo a 26,1% da totalidade dos Municípios paranaenses.

A Faixa 5 obteve o maior crescimento durante o período analisado (2008-2017), estabelecendo-se em 25%. Todavia, em quantidade de Municípios esta majoração se torna pouco significativa, pois passou-se de uma totalidade de 4 Municípios no ano de 2008 para 5 Municípios em 2017, correspondendo, respectivamente, a 1% e 1,3%. O menor número de Municípios integrou esta Faixa nos anos de 2009 e 2012, com apenas 3 Municípios, em contraposição aos anos de 2015 e 2016, com o maior número de Municípios, quando 6 Municípios integraram esta Faixa, equivalendo a 1,5% dos Municípios paranaenses.

Fonte: Ditterich *et al.* [2019].

O Paraná também se destaca com maior percentual de eSB com Auxiliar e o Técnico de Saúde Bucal no cenário nacional, provavelmente reflexo do pioneirismo e tradição do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha na oferta do curso de Técnico em Saúde Bucal [ALCANTARA, 2008, BALDANI, 2008].

As eSB no estado do Paraná, no período de 2008-2017, apresentaram avanços em sua ampliação. Apesar disso, verificou-se que desde 2015 existiram mudanças no número de eSB, reduzindo o perfil de municípios com cobertura igual ou maior que 50%. Esse fato evidencia o processo de desvalorização da atual política federal de saúde, no qual a saúde bucal não tem sido pauta na agenda de prioridades, refletindo na posição dos gestores na sua não ampliação e efetivação. No entanto, a Rede de Atenção à Saúde Bucal [RASB] no Paraná vem desencadeando grandes mudanças no processo de trabalho das eSB, qualificando-a e construindo uma rede articulada de serviços de atenção à saúde bucal [DITTERICH *et al*, 2019].

A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL (RASB) NO ESTADO DO PARANÁ

A atual situação epidemiológica dos agravos à saúde impõe aos serviços de saúde o desafio de adotar uma configuração universal, pautada na equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas, sob a perspectiva do cuidado e não mais da cura. Essa situação tem provocado os formuladores de políticas públicas a desenvolver novos modelos de gestão e de atenção, fazendo repensar à proposta de organização dos sistemas em Redes de Atenção à Saúde [RAS], coordenadas pela Atenção Primária à Saúde [APS].

No Brasil, apesar da concepção de RAS ser discutida há algum tempo e de modelos de redes terem sido implementados a partir de iniciativas individuais em alguns estados da federação no país, ela foi incorporada oficialmente ao SUS apenas em 2010, a partir da Portaria Ministerial nº

4.279, de 30 de dezembro de 2010 [BRASIL, 2010] e do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [BRASIL, 2011], que complementaram a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 [BRASIL, 1990].

A modelagem das RAS se constitui em uma das estratégias do Ministério da Saúde para a regionalização dos serviços de saúde. O processo exige, além da organização da rede dentro do próprio município, a cooperação solidária entre municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado [LAVRAS, 2011].

O objetivo da RAS é prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutive, de forma regionalizada, com integração entre os diversos pontos de atenção [locais que prestam atenção singular] que, de fato, atenda às necessidades da população adscrita. Essa definição traz a ideia de construção de outra forma de assistir à população, considerando que os resultados esperados não são alcançados, não são suficientes ou estão em desacordo com alguns aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos que ocorreram na sociedade brasileira [MENDES, 2011].

Encontram-se como principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Desta maneira, as RAS temáticas ou prioritárias surgem com a finalidade de organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações [BRASIL, 2014]. As RAS também se estruturam para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento [MOYSÉS, 2013].

No campo da saúde bucal, a organização dos sistemas sob a lógica de RAS se mostra favorecida pelo desenho da atual Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente, delineada em 2004 a partir dos princípios do cuidado e da integralidade. A partir de então, o Brasil Sorridente

tem se estruturado em diversos eixos estratégicos que abrangem desde ações de vigilância em saúde e fluoretação das águas de abastecimento público, à expansão da oferta de serviços na APS até a assistência de média e alta complexidade, além da transversalidade com outras áreas e programas intra e interministeriais [PINTO *et al*, 2016].

O estado do Paraná, a partir de 2011, em resposta a este cenário opta também em adotar o modelo de RAS na sua gestão e organização da atenção à saúde, compreendendo que o atual modelo de gestão estava ultrapassado devido ao seu modelo de cuidado fragmentado, criando as Redes estaduais denominadas: Rede Mãe Paranaense, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Saúde Mental, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Urgência e Emergência [Paraná Urgência]. No ano de 2014, a Direção Estadual de Saúde Bucal, por meio do visionário e ilustre professor Léo Kriger, sugere como política pública para o estado do Paraná a sexta rede, denominada Rede de Atenção à Saúde Bucal [RASB].

A RASB surge então, como um conjunto de ações que envolvem o controle das doenças bucais, por meio da promoção da saúde, prevenção em saúde, limitação dos danos causados pelas doenças e reabilitação integral do paciente. Este conjunto de ações é balizado pela “estratificação de risco”, que em relação à saúde bucal assume uma característica particular, envolvendo o atendimento de Atenção Primária nas Unidades Básicas de Saúde; o atendimento secundário, nos Centros de Especialidades Odontológicas; e o atendimento terciário, em unidades hospitalares. O ponto-chave desta atuação está na mudança do conceito de assistência à saúde, saindo de uma atuação isolada e pontual para um modelo de atenção à saúde, em que o sentido cuidador é fortalecido [PARANÁ, 2014].

Assim, a linha guia da Rede de Atenção à Saúde Bucal [PARANÁ, 2014] apresenta as diretrizes para sua implementação e reforça a importância do trabalho articulado e em equipe em cada ponto de atenção e entre os pontos de atenção, tendo as seguintes competências, território e resolubilidade [Quadro 2]:

QUADRO 2 - Organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) do estado do Paraná.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA	TERRITÓRIO SANITÁRIO	RESOLUBILIDADE
Primário	Domicílio	Identificação de fatores de risco. Busca ativa. Atenção domiciliar. Autocuidado. Educação em saúde.	Domicílio	80%
	UBS	Acolhimento. Cadastramento. Estratificação de risco. Educação em saúde. Atendimento de urgência. Procedimentos clínicos e cirúrgicos.	Território de abrangência	
Secundária	CEO	Atendimento especializado em endodontia, periodontia, prótese, cirurgia, pessoas com deficiência, diagnóstico de lesões bucais, odontopediatria, ortodontia e implantodontia. Contrarreferência para as UBS	Território de abrangência	17%
	Universidades	Atendimento clínico a pessoas com deficiência. Exames anatomopatológico de lesões da cavidade bucal. Controle de qualidade dos exames anatomopatológicos. Atendimento especializado de casos clínicos complexos de cirurgia bucal, dentística restauradora, endodontia, periodontia, odontopediatria e ortodontia. Capacitação de profissionais de saúde bucal.	Macrorregiões	
Terciária	Hospitais de referência	Atendimento especializado em endodontia, periodontia, prótese, cirurgia, pessoas com deficiência, diagnóstico de lesões bucais, odontopediatria, ortodontia e implantodontia. Contrarreferência para as UBS	Macrorregiões	3%

Fonte: Adaptado de PARANÁ [2014; 2016].

A RASB foi criada para proporcionar à população dos 399 municípios maior qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos odontológicos do Paraná. Na prática, as ações que envolvem a prevenção, o tratamento e a reabilitação do usuário serão realizadas de maneira ordenada pela ESF e com sistemas de referência e contrarreferência para a atenção especializada e hospitalar [MOYSÉS, 2013]. Na RASB, a APS deverá ser incentivada por aporte financeiro e na melhoria da estrutura e ambiência dos serviços de Atenção Primária à Saúde [APS], investindo em equipamentos e periféricos para as UBS. Também se destaca a implantação da Segunda Opinião Formativa e Telessaúde, com a cessão de câmeras intraorais para apoiar os profissionais das equipes de APS no diagnóstico precoce do câncer bucal. A SESA-PR tem apoiado os municípios para qualificação da gestão do processo de trabalho e estabelecimento de protocolos de atendimento [PARANÁ, 2014].

Uma das grandes estratégias para organizar a RASB é o processo de estratificação da população, pois esta se torna central nos modelos de atenção à saúde permitindo identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes, que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de risco. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado, pela APS, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares. O objetivo da estratificação de risco é o de permitir a priorização do atendimento aos que têm maior risco e atividade de doença, e definir o planejamento terapêutico de cada usuário [Quadro 3] [PARANÁ, 2016].

QUADRO 3 - Estratificação de risco proposta pela linha guia da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) do estado do Paraná.



Estratificação de Risco
em Saúde Bucal



Tabela de critérios de estratificação de risco em saúde bucal	
Item	Escore padrão
Critérios biológicos	
O usuário apresenta condição crônica: diabetes, hipertensão, gestante ou idoso	2
Usuário com deficiência intelectual	3
Usuário acamado	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3
Criança de 6-11 anos ou Adolescente de 12-19 anos	4
Critérios odontológicos	
O usuário teve dor de dente nos últimos 6 meses	2
O usuário apresenta mancha branca ativa	1
O usuário apresenta boca seca	2
O usuário apresenta lesão de cárie em até 3 dentes	2
O usuário apresenta lesão de cárie de 4 a 7 dentes	3
O usuário apresenta lesão de cárie em mais de 8 dentes	4
O usuário está com ferida na boca há mais de 15 dias	3
O usuário está com sangramento na boca	2
O usuário está com algum dente permanente mole	3
O usuário precisa de prótese total	2
O usuário precisa de prótese parcial	1
O usuário tem perda de 1 ou mais dentes	4
O usuário necessita de endodontia conforme LG*	30
O usuário necessita de periodontia conforme LG*	30
O usuário necessita de cirurgia complexa conforme LG*	30
O usuário necessita de diagnóstico de lesão conforme LG*	30
O usuário é portador de necessidade especial que precisa de atendimento odontológico no serviço especializado conforme LG*	30
Critérios de autocuidado	
O usuário, mãe ou cuidador com baixa escolaridade (até 4º ano do ensino fundamental)	3
O usuário come doce ou toma refrigerante diariamente	2
O usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3
O usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado	3
O usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	3
O usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3

*Linha Guia

Crêterios para criança de 0-5 anos	
A criança faz uso de mamadeira sem higiene posterior	3
A criança usa chupeta ado�ada com a�u�ar ou mel	3
A criança tem comportamento não colaborador durante a higiene	3
A criança faz sua higiene sem a supervisão/complementa�o de um adulto	3
A criança apresenta dentes fusionados e/ou hipocalcificados e/ou hipoplasia e/ou defeito cong�nito	2

Escore total do usuário

PONTOS	RISCOS
0-10	BAIXO RISCO
11-30	MEDIO RISCO
ACIMA DE 30	ALTO RISCO

Riscos	Escore total	Recomenda�o	Monitoramento
Baixo risco	0 a 10 pontos	2 consultas	Anual
Médio risco	11 a 30 pontos	3 a 5 consultas	Semestral
Alto risco	acima de 30 pontos	6 ou + consultas	Trimestral

Orienta o para atendimento de urgência

Riscos de urgência	Classifica�o	Recomenda�o
Hemorragia intensa (contínua e não controlada pela aplica�o de pressão direta local). Tumefac�o extensa com comprometimento sist�mico; dificuldade para engolir ou respirar ou atingindo área dos olhos. Trauma facial maior: fratura óssea ou lacera�o facial extensa.	Vermelho	Encaminhamento ao hospital de referência
Hemorragia menor (controlada por medidas locais). Traumatismo dento-alveolar ocorrido em tempo inferior a duas horas. Tumefac�o relacionada a infec�es de tecido mole e dor dentária: intensa, espontânea e contínua. Paciente institucionalizado, escoltado, internado.	Laranja	Atendimento prioritário
Dor dentária: moderada a intensa, intermitente ou noturna, mas com períodos de acalmia e passível de controle por analgésico.	Amarelo	Atendimento até 1 hora
Usuário em situa�o urgente sob seu ponto de vista psicológico ou por entender merecer aten�o diferenciada pela sua condi�o sist�mica (doença cr�nica descompensada).	Verde	Atendimento em até 2 horas ou agendado para atendimento programado
Usuário com dor dentária leve; sensibilidade dentinária; fratura de restaura�o; exodontia de d�cduos; reparo de peça protética.	Azul	Atendimento em até 4 horas ou agendado para atendimento programado

Fonte: Paraná [2016]

A estratificação da população, em vez de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as por risco e define nas diretrizes clínicas os tipos de atenção a cada grupo populacional. Desta forma, os de baixo risco estarão centrados em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto que os portadores de condições de médio e alto risco têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e, nos casos de alto risco, a atenção especializada.

A construção de uma rede de atenção integrada em saúde bucal, com mecanismos de referência e contrarreferência, exige a criação de diferentes pontos de atenção com garantia de acesso aos diferentes níveis de atenção e complexidade com posterior acompanhamento da atenção ofertada ao usuário [PINTO *et al.*, 2016]. Apesar disso tudo, Baldani *et al.* [2018], ao avaliarem a organização da saúde bucal na APS, constataram no estado do Paraná, que é primordial o papel do nível estadual, uma vez que a organização da rede de atenção pressupõe a regionalização. No caso, os resultados indicaram alta prevalência de eSB que informaram possuir oferta de consultas especializadas na rede, a maioria indicando os CEOs (70,0%). Porém, apesar dos esforços da SESA-PR para que se organize a rede de saúde bucal, ainda existem municípios que não possuem serviços especializados de referência, com predominância para os situados nos estados mais carentes e com menor porte populacional.

No entanto, a partir da experiência em curso no Paraná, verifica-se que o comprometimento da gestão local tem conduzido o processo da implementação das RAS e potencializado a redução dos níveis de condições de saúde crônicas e agudas da população, investindo em melhor qualidade de vida [PINTO *et al.*, 2016].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde bucal no SUS avançou muito no Paraná, especialmente na ampliação na cobertura de eSB na ESF, com a ampliação dos números de CEO e na inserção da Odontologia [ainda incipiente] na atenção hospitalar.

O maior desafio é fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), com ampliação dos pontos de atenção especializada e hospitalar e a parceria com as Universidades, ao mesmo tempo em que é necessário avaliar e aperfeiçoar com maior eficiência e controle social o campo da saúde bucal no Paraná.

Deste modo, corroborando com Baldani *et al.* [2018] é fundamental a qualificação da gestão, com apoio do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais da Saúde, principalmente nos municípios menores e com baixa capacidade de resposta dos sistemas de saúde. Além disso, é importante que a regionalização seja efetiva e que se organize a RASB de forma equânime, de forma a incluir principalmente esses municípios no Paraná.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, C. M. Visão político-programática da participação da saúde bucal na ESF: uma visão no âmbito estadual – A experiência do Paraná. In: MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; KRIGER, L. [Coord.]. **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008, p. 39-46.

AMARANTE, L. A. **A Odontologia no contexto da Secretaria da Saúde no Estado do Paraná**. Curitiba: SESA-PR, 1994.

AMARANTE, L. M. **A Odontologia no contexto da Secretaria da Saúde no Estado do Paraná**. Curitiba: SESA-PR, 2006.

BALDANI M. H. *et al.* A odontologia para bebês no estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 31, p. 210-6. 2003.

BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, nº 4, p. 1026-1035. 2005.

BALDANI, M. H. Estratégia Saúde da Família e práticas de saúde bucal em experiências selecionadas: análise crítica – A experiência em cidades de médio e pequeno porte do Paraná. In: MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; KRIGER, L. [Coord.]. **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008, p. 154-169.

BALDANI, M. H. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, número especial 1, p. 145-162, 2018.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe

sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 01 set. 1990.

BRASIL. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 dez. 2000.

BRASIL. **Portaria nº 267, de 06 de março de 2001.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica:** Saúde Bucal. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS:** atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [SUS]. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 junho 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde.** Brasília: MS, 2018.

CARRER, F. C. A. *et al.* Sistema Único de Saúde. In: CARRER, F. C. A.; PUCCA JUNIOR G. A. [Coord.]. **Observatório ibero-americano de políticas públicas em saúde bucal:** construindo um bloco por mais saúde bucal. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2018. p. 10-15.

CARRER, F. C. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira [Brasil Sorridente]: a maior política pública de saúde bucal do mundo. In: CARRER, F. *et al.* [Orgs.]. **SUS e Saúde Bucal no Brasil:** por um futuro com motivos para sorrir. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. p. 23-31.

DITTERICH, R. G. *et al.* Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios para a construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Estado do Paraná. In: CARRER, F. C. A.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; ARAÚJO, M. E. [Org]. **SUS e saúde bucal no Brasil:** por um futuro com motivos para sorrir – Ebook: Gestão e Planejamento. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. p. 64-71.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção

à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, nº 4, p. 867-874, 2011.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOYSÉS, S. J. **Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da Saúde Bucal e redes de atenção odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. D. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241-246. 2008.

OLIVEIRA, A. G. C. *et al.* Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 1; p. 9-14, 1999.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha guia de saúde bucal**. Curitiba: SESA, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha guia de saúde bucal**. 2ª ed. Curitiba: SESA, 2016.

PINTO, M. H. B. *et al.* As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. [orgs.]. **Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 221-233.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 2000.

PUCCA JUNIOR, G. A. *et al.* Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges, **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, p. 1333-1337. 2015.

SERRA, C.G.; GARCIA, D.V.; MATTOS, D. A explicitação das antigas inquietações e a busca de soluções na realidade recente da saúde bucal: um processo doloroso de espera pelo fim das ansiedades e angústias. In: GARCIA, D. V. **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABO-RJ, 2005. p. 9-21.

VASCONCELOS, E. M.; FRATUCCI, M. V. B. **Práticas de Saúde Bucal**. São Paulo: UnASUS-UNIFESP, 2013

WALTER, L. R. F.; GARBELINI, M. L.; GUTIERREZ, M. C. Bebê-Clínica, a experiência que deu certo. **Divulgação em Saúde Debate**, v. 6, p. 65-8. 1991.

FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS AUXILIARES EM SAÚDE BUCAL EM INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO DO PARANÁ

Roberto Eduardo Bueno | Maria Lúcia Tozetto Vettorazzi |
Vanessa Bacelar de Souza Verdolin | Doriana Cristina Gaio Girata

A QUESTÃO E A DISCUSSÃO SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL...

A questão e a discussão da necessidade de formação de recursos humanos em saúde e da imprescindível ampliação quantitativa e qualitativa da formação de recursos humanos auxiliares em saúde bucal, Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares em Saúde Bucal (ASB), são abordadas, aqui neste capítulo, com a missão de subsídio crítico às políticas públicas e à gestão em saúde. As equipes de Saúde Bucal, nas quais TSB e ASB atuam, são constituídas de profissionais estratégicos em sua formação para integrar a Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família e no Sistema Único de Saúde [SUS].

No sítio eletrônico do Conselho Federal de Odontologia (<http://cfo.org.br/website/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/>), no seu sistema de cadastro por meio da obtenção de dados atualizados em 29 de abril de 2019, encontram-se registrados um total no Brasil de 29.614 TSBs e 318.183 CDs, com uma proporção aproximada de 1 TSB:11 CDs. Ademais, encontram-se cadastrados 135.441 ASBs, com uma proporção aproximada de 1 ASB:2 CDs. Desta mesma fonte, em relação aos dados referentes ao estado do Paraná encontram-se registrados 1.894 TSBs e 20.181 CDs, com uma proporção igual à nacional, aproximada de 1 TSB:11 CDs. Ainda encontram-se cadastrados 7.179 ASBs, perfazendo uma proporção aproximada de 1 ASB:3 CDs no estado do Paraná, abaixo da nacional.

De acordo com a tese de Prado [2013] sobre egressos do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, os resultados obtidos demonstraram que a maioria destes egressos é do sexo feminino [97,9%], procedente do ensino médio público [77,9%] e ingressou no Curso com idade média de 24,8 anos. Quase metade dos egressos [44,6%] continuou seus estudos em um curso superior, a maioria em instituições particulares. Cerca de dois terços dos egressos pesquisados [70,2%] exerceram a profissão para a qual foram formados, a maioria por mais de cinco anos e apenas 13,8% declararam exercer a função de ASB. A renda mensal da maioria dos entrevistados foi de um a dois salários mínimos. No momento da pesquisa, 40,5% informaram que estavam exercendo a profissão de TSB; 7,7% de ASB; e 41% atuavam em outras profissões [PRADO, 2013].

Um estudo de Lima *et al.* [2016] avaliou a inserção de TSBs formados pela Escola de Saúde Pública do Ceará no SUS. Verificaram que 73,3% estavam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Destes, 20,7% estavam cadastrados como TSB e 67,9% como ASB. Concluíram que a maioria estava inserida no SUS, mas como ASB. Na visão dos egressos, faltam interesse por parte dos gestores para contratação de TSB, vínculos de trabalho mais estáveis e maior valorização profissional [LIMA *et al.*, 2016].

Uma pesquisa teve como objetivo conhecer percepções de egressos e coordenadores da formação técnica ministrada pela Escola Técnica

de Saúde para TSBs em municípios do Norte de Minas Gerais, a partir do Programa Brasil Sorridente. “Os egressos afirmaram que a participação no curso beneficia o serviço prestado à população por meio de ações de educação em saúde, maior eficiência, compreensão e qualidade de atividades desenvolvidas nas clínicas. As falas dos coordenadores e dos egressos enfatizam as melhorias nas ações de biossegurança. A percepção das equipes de saúde bucal, representada pelos egressos do curso TSB e pelos coordenadores das equipes em que estão inseridos, ratifica a hipótese de que investir em educação para os trabalhadores do SUS contribui para a qualidade do serviço prestado.” [SILVA *et al.*, 2014].

Em outro estudo sobre TSBs, enfocando suas atribuições na Estratégia Saúde da Família [ESF] do Estado de Minas Gerais, revela que quanto às atribuições clínicas desempenhadas pelos TSBs na ESF, observou-se que 71,6% deles realizavam polimento coronário, 63,2% faziam raspagem de cálculo, e apenas 14,7% condensavam e inseriam materiais restauradores. Em relação às ações preventivas coletivas, todos os TSBs participavam de ações educativas, atuando na promoção de saúde e na prevenção das doenças bucais, 99% demonstravam técnicas de higiene bucal, 96,6% realizavam a aplicação tópica de flúor, 77,9% realizavam visitas domiciliares, e 96,6% realizavam ações coletivas, principalmente em escolas. As conclusões apontam que o perfil do TSB que está se configurando para a ESF apresenta-se com uma menor possibilidade de contribuição do mesmo na assistência clínica individual, principalmente na assistência restauradora, e com uma atuação mais frequente na prevenção de doenças e na promoção de saúde [OLIVEIRA, 2011].

Um estudo de Kovaleski *et al.* [2005] revela que há carência de ASB e TSB, principalmente deste; há falta de profissionais no mercado, concentração excessiva e hegemonia do gênero feminino. Este resultado é contrastante com a situação dos Cirurgiões Dentistas. Os autores concluem que um direcionamento para aumentar a quantidade de pessoal auxiliar será necessário no país, contribuindo para ampliar o acesso e a qualidade do serviço público odontológico. Desta forma, a ampliação e qualificação da formação em saúde bucal é fundamental para atingir a integralidade e a universalidade do SUS [KOVALESKI *et al.*, 2005].

Um trabalho cujo objetivo foi identificar a percepção de TSBs, da 15ª Regional de Saúde do Paraná, com relação aos fatores facilitadores para adoção de práticas de prevenção no controle da cárie dentária, apontou 12 fatores facilitadores para a prevenção da cárie, dentre eles: capacitação profissional; consciência, satisfação e motivação em realizar procedimentos preventivos e trabalho em equipe. “Além disso, a habilidade de trabalhar com educação em saúde e com educação permanente foram fatores relevantes destacados nas entrevistas. De modo geral, os fatores facilitadores quanto à adoção de práticas de prevenção no controle da cárie dentária, identificados na percepção dos TSBs, foram a consciência de realizar a prevenção na sua prática diária; a habilidade de comunicação para realizar educação em saúde e a satisfação do profissional em trabalhar com prevenção. Todos esses fatores relatados parecem ser necessários para o desempenho adequado da função dos TSBs, superando o modelo biologicista e avançando no entendimento do processo saúde-doença, a fim de implementar estratégias para o controle da cárie dentária na população.” (UCHIDA *et al.*, 2016).

Os recursos humanos auxiliares em saúde bucal melhoram a produtividade no consultório e no serviço público odontológico. Isto é corroborado pelo estudo de Leite *et al.* [2011], o qual mostra que a equipe de saúde bucal exerce influência de maneira direta na qualidade do trabalho e na diminuição do estresse e fadiga profissional de cirurgiões dentistas (CDs). No grupo de CDs estudado, a condição de trabalho auxiliado impacta positivamente a qualidade de vida considerando os domínios capacidade funcional, dor e estado geral de saúde [LEITE *et al.*, 2011].

Uma pesquisa teve como objetivo analisar a compreensão dos CDs sobre o processo de trabalho e as relações da equipe de saúde com os TSBs, em cinco municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. “Foi constatado que os CDs valorizam a participação dos TSBs na reorganização do trabalho odontológico e a construção de uma relação de parceria e cooperação. Contudo, os CDs reconhecem que a relação com os TSBs é prejudicada pela desinformação sobre o processo de trabalho. Além disso, os CDs demonstram receios quanto à possibilidade de os TSBs tornarem-se dentistas práticos e tomarem seu espaço no mercado de trabalho. Também há preocupações sobre a responsabilização legal dos CDs sobre atividades desenvolvidas pelos TSBs.” (ESPOSTI *et al.*, 2012).

Em sua pesquisa, Cruz [2018] concluiu no primeiro estudo que a “implantação de Equipe de Saúde Bucal modalidade II influenciou positivamente na inserção do TSB no SUS em Minas Gerais, com melhora nos indicadores de saúde bucal municipais. No segundo estudo, em relação à baixa inserção dos egressos no serviço público, os docentes do curso de TSB acreditam que seja por falta de interesse da gestão municipal. Os docentes relataram que a atuação do egresso é maior em atividades coletivas do que em clínicas e que a inserção do TSB contribuiu na qualidade e produtividade dos serviços de saúde bucal. Percebe-se com esses estudos uma necessidade de reformulação da política de educação permanente no estado, visando à otimização dos recursos investidos na formação do TSB”. [CRUZ, 2018].

Frazão e Narvai [2011] analisaram as competências que, desde a aprovação da lei nº 11.889/08, incumbem ao TSB no Brasil, incluindo os termos definidos para sua supervisão. “Foi realizada análise documental, comparando-se as competências definidas no referido instrumento legal com as previstas no parecer nº 460/75 do Conselho Federal de Educação e na resolução nº 63/2005 do Conselho Federal de Odontologia. Embora as competências aprovadas na lei tenham sido distribuídas em um número menor de itens, comparado aos dois outros documentos, do ponto de vista qualitativo, os resultados da análise permitiram concluir que vários avanços foram obtidos com a regulamentação da profissão, nos termos aprovados, em todas as áreas de competência. Houve impacto positivo para o processo de trabalho em saúde, tanto com relação à cooperação interprofissional quanto à supervisão técnica das atividades, representando uma conquista relevante dos trabalhadores da área e também uma contribuição significativa para avançar na ampliação do acesso aos serviços odontológicos.” [FRAZÃO; NARVAI, 2011].

A Política Nacional de Saúde Bucal [2004] estabelece que as ações de assistência e de promoção da saúde bucal devem se integrar na estratégia planejada pela equipe de saúde bucal em conjunto com a(s) equipe(s) de saúde, numa inter-relação contínua com as demais ações desenvolvidas pela Unidade Básica de Saúde do SUS. “A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas

de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.” [BRASIL, 2004].

A Política Nacional da Atenção Básica [2017] enfatiza a relevância da equipe de saúde bucal e da integração de TSB e ASB para as ações em saúde no SUS. “Os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica ou equipe de Saúde da Família, devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra. Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los [equipo odontológico completo].” [BRASIL, 2017].

FORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL INTERNACIONAL

A profilaxia como um método para impedir as doenças bucais já era conhecida desde a década de 1880. Embora alguns dentistas naquele tempo estivessem treinando seus assistentes, uma primeira tentativa oficial de formação ocorreu em 1910, na Faculdade de Cirurgia Dentária de Ohio, que ofereceu um curso para enfermeiras dentárias. Porém, a comunidade odontológica se opôs fortemente àquele treinamento formal, e

os profissionais concluintes nunca puderam atuar. Em virtude dessa reação, o curso foi descontinuado em 1914 [MILLING, 2010].

Em 1906, o Dr. Alfred Civillion Fones, reconhecido como o criador do termo “higiene dental”, e pioneiro no movimento mundial de higiene dental, treinou sua assistente Irene Newman para realizar procedimentos profiláticos [conforme relatou na abertura da seção sobre higiene bucal, odontologia preventiva e saúde pública, no 7º Congresso Internacional de Odontologia de Filadélfia, em 1926. Por acreditar que os higienistas dentais poderiam desempenhar um papel importante tanto nos consultórios odontológicos privados, como para os pacientes com pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde bucal, em 1913, fundou a primeira escola de higiene dental do mundo. Depois de formar três turmas de mulheres, muitas das quais mais tarde foram empregadas pelas escolas públicas da mesma cidade, a escola foi fechada em 1916 para reabrir 33 anos mais tarde, em 1949. Ainda hoje, a Escola de Higiene Dental de Fones na Universidade de Bridgeport, em Connecticut nos Estados Unidos, continua contribuindo para a formação de profissionais da área da saúde bucal [MILLING, 2010; UNIVERSITY OF BRIDGEPORT, 2019; FONES, 2013].

Nesta mesma cidade, a primeira classe de profissionais começou a trabalhar em escolas públicas em 1914, e no ano seguinte, o primeiro higienista dental foi empregado fora de um estabelecimento de escola pública, em um hospital. No final de 1915, foi aprovada a lei que definiu a prática da higiene dental em Connecticut [FONES, 2013].

À mesma época, em 1913, o Dr. Norman K. Cox, presidente da Associação Odontológica da Nova Zelândia, propôs que “higienistas dentais” fossem treinadas para tratar os dentes das crianças.

No entanto, isso não aconteceu até 1921, quando foi realizado o primeiro treinamento para enfermeiras dentais (agora conhecidas como terapeutas dentais), na Escola de Wellington para Enfermeiras Dentais na Nova Zelândia. Logo em seguida, o Serviço Escolar de Odontologia foi fundado. Em parte como uma resposta ao estado crítico dos dentes, mas também em virtude da política social da época estar centrada na saúde e bem-estar das crianças [COATES *et al.*, 2009; MOFFAT *et al.*, 2017].

FORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NACIONAL

No Brasil, em 1952, foram introduzidas experiências isoladas de utilização de recursos humanos auxiliares pela Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública) na zona rural de estados menos desenvolvidos. Auxiliares de Higiene Dental (AHD) desempenhavam atividades de educação para a saúde e aplicação de flúor em crianças [BIAZEVIC; LOUREIRO; ARAÚJO, 2001].

Na década de 1970, com a implementação do Sistema Incremental foi intensificado o emprego de medidas preventivas e de atenção odontológica voltada exclusivamente aos escolares de 7 a 14 anos, o que concorreu para maior utilização de pessoal auxiliar em trabalho desenvolvido a quatro mãos. [OLIVEIRA, 2008; NICKEL *et al.*, 2008].

Os requisitos essenciais para o exercício das funções de Atendente de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD) foram estabelecidos em 1975, bem como os critérios para a elaboração dos currículos dos cursos de formação, quando o Conselho Federal de Educação (CFE) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC), baseados na emenda à antiga Lei nº 5.692/1971, criaram as habilitações de auxiliares e técnicos, por meio do Parecer nº 460/75 [BRASIL, 1975].

Na década de 1980, o Conselho Federal de Odontologia a partir de entendimentos estabelecidos com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e com outras instituições, tais como a Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) e o Departamento de Odontologia do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, resolveu, por meio da Decisão nº 26/84, definir normas para habilitação ao exercício do ACD e do THD e integração dos mesmos aos Conselhos Regionais de Odontologia. Posteriormente, as normas foram atualizadas pela Resolução nº 155/84 CFO que foi alterada pela Resolução nº 157/87 CFO [LIÑAN; BRUNO, 2007].

Em 1984, com uma proposta pedagógica inovadora, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná deu início ao primeiro curso autorizado pelos órgãos de educação do país para formar THD. A iniciativa de integrar o ensino ao serviço, bem como a teoria com a prática no próprio local de

trabalho, teve grande repercussão e motivou iniciativas semelhantes em outros estados [PEZZATO, 1999; MOYSÉS *et al.*, 2002].

A primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986, já sinalizava a necessidade de formação urgente de pessoal auxiliar [ACD e THD] como forma de viabilizar a extensão de cobertura e aumento da produtividade [BRASIL, 1986].

Em 1987, o Conselho Federal de Odontologia passou a exigir a apresentação do certificado de formação para fins de registro de Técnico em Higiene Dental [CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1987].

Mais tarde, em 1993, na II Conferência Nacional de Saúde Bucal foi defendida a proposta de regulamentação do exercício da profissão do THD, sugerindo que o poder público deveria patrocinar e estimular a sua formação em instituições próprias ou por meio de convênios com instituições privadas [BRASIL, 1993].

No ano de 2002, no documento final da III Conferência Nacional das Profissões Auxiliares em Odontologia, os participantes relataram ser de grande importância a regulamentação do exercício de suas profissões, reconhecendo a legalização como um instrumento para conquista de avanço para a categoria [CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2002].

Em 2003, a Decisão nº 47/2003 do CFO alterou a denominação de atendente de consultório dentário para auxiliar de consultório dentário [CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2003].

Em 2004, na III Conferência Nacional de Saúde Bucal foram discutidos a formação e o trabalho em saúde bucal e uma das solicitações foi a ampliação dos cursos de formação para trabalhadores em saúde bucal no nível técnico e auxiliar de odontologia [BRASIL, 2005].

A Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia aprovada pela Resolução nº 63/2005, determinou que o curso específico de Técnico em Saúde Bucal tenha duração de 1.200 horas, no mínimo, incluindo as matérias profissionalizantes e estágio. E que seja ofertado para pessoas que já concluíram o ensino médio. Para habilitar-se como Auxiliar em Saúde Bucal a pessoa interessada deve ter ensino fundamental e curso que contemple, em seu histórico escolar, carga horária

nunca inferior a 300 horas, sendo 240 horas teórico/prática e 60 horas de estágios supervisionados [CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2005].

Finalmente, em 2008, no dia 24 de dezembro, foi sancionada a Lei Federal nº 11.889 que regulamentou as profissões de Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal [BRASIL, 2008].

Em 2009, o registro e inscrição de Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal ficaram condicionados à apresentação de certificado de qualificação profissional básica de Auxiliar de Consultório Dentário, emitido por estabelecimentos de ensino autorizados pelo Ministério da Educação, ou pela Secretaria Estadual de Educação, ou pelo Conselho Estadual de Educação, ou órgão similar [CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2009a]. Contudo, a Resolução nº 90/2009 [CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2009b] assegurou os direitos ao registro e à inscrição como os auxiliares e técnicos em saúde bucal aos profissionais que se encontravam empregados, exercendo as respectivas atividades, na data de promulgação da Lei nº 11.889/2008, com a devida comprovação em carteira profissional ou cópia do ato oficial do serviço público. Mais tarde, o parágrafo referente ao assunto foi revogado pela resolução nº 97/2010 [CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2010], sendo agora permitido o registro apenas para profissionais que comprovarem certificado de qualificação em instituições de ensino regulamentadas.

Em se tratando da prática profissional, desde 1994 os recursos humanos auxiliares da odontologia encontram-se contemplados pela Classificação Brasileira de Ocupações [CBO] do Ministério do Trabalho. Nesta classificação constam hoje a ocupação de Técnico em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família; e Auxiliar em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família [BRASIL, 2010].

FORMAÇÃO EM SAÚDE BUGAL NO INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ (IFPR)

O Instituto Federal do Paraná [IFPR] teve origem na Escola Técnica

da Universidade Federal do Paraná [ET-UFPR]. Pertencente à antiga Colônia Alemã de Curitiba, a escola foi criada em 1892 com o nome de “Escola Alemã” até 1914, quando passou a denominar-se “Colégio Progresso”. Recebeu outras denominações no decorrer do tempo [Academia Comercial Progresso, Escola Técnica do Comércio] e a partir de 1990, passou a ser conhecida como Escola Técnica da Universidade Federal do Paraná [MORETO, 2019].

Em março de 2008, a Escola Técnica desvincula-se da UFPR para sediar e implantar o Instituto Federal do Paraná [IFPR] criado a partir da Lei nº 11.892/2008, que designou os 38 Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia no Brasil. Os Institutos constituem um modelo inovador de educação, que busca promover o desenvolvimento sustentável por meio de estratégias de desenvolvimento econômico atreladas ao desenvolvimento humano, social, cultural e político, combatendo todas as formas de discriminação e desigualdades sociais. Além disso, busca respeitar as peculiaridades regionais compatibilizando-se a realidade nacional [BRASIL, 2008; IFPR 2019].

O Instituto Federal do Paraná é uma instituição de ensino voltada à educação básica e profissional, especializada na oferta gratuita de educação profissional e tecnológica nas diferentes modalidades e níveis de ensino. Sua missão é promover a educação profissional, científica e tecnológica, pública, gratuita e de excelência, por meio do ensino, pesquisa e extensão, com vistas à formação integral de cidadãos críticos, empreendedores e comprometidos com a sustentabilidade e com o desenvolvimento local e regional. Desta maneira, defende valores como a ética, a inclusão social, a diversidade humana e cultural, além da inovação e da educação de qualidade capaz de promover a dignidade humana e contribuir estrategicamente para a transformação social e construção de uma nova sociedade [IFPR, 2019].

A política nacional de saúde no Brasil tem como base os princípios da reforma sanitária incorporados no Sistema Único de Saúde [SUS] e consolidados a partir da Constituição Federal de 1988. Para que esses princípios se concretizem é imprescindível a reorganização dos serviços de saúde, quanto à quantidade suficiente dos recursos humanos em saúde e quanto à qualificação da assistência aliada à democratização dos serviços, com vistas à modificação do preocupante quadro de saúde geral e bucal da

população brasileira [IFPR, 2015].

Especificamente na saúde bucal, os principais problemas da população brasileira são classicamente as doenças cárie dentária e periodontal. Isto foi confirmado no ano de 2010, por meio do levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do projeto “SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal da população brasileira” [BRASIL, 2012].

Para controlar e diminuir a incidência e a prevalência destes agravos são fundamentais ações de promoção e prevenção em saúde bucal, que são atribuições legais do ASB e TSB. Com base nos dados citados acima, observa-se que estes profissionais apresentam grande inserção no mercado de trabalho na área pública e com menos frequência na área privada. No setor público, o principal empregador na atualidade são as prefeituras, tendo em vista seu papel de destaque na atenção básica ou primária em saúde, conforme a organização do SUS. Na área privada, observa-se que os cirurgiões-dentistas geralmente iniciam seu trabalho isoladamente. Com o aumento da clientela e renda passam a contratar o ASB para auxiliá-los nas mais diferentes tarefas do seu consultório, desde a recepção até a instrumentação nos procedimentos clínicos [IFPR, 2015].

Dentre os diversos cursos do eixo Ambiente e Saúde do IFPR, o Curso Técnico em Saúde Bucal, aprovado pelo Conselho Federal de Educação [CFE] pelo Parecer nº 460, de 06 de fevereiro de 1975, tem por objetivo oferecer formação certificada e gratuita, visando proporcionar a formação integral de um cidadão preocupado com a efetiva prática do controle das doenças e da promoção da saúde bucal. Desta forma, o Curso Técnico em Saúde Bucal do IFPR busca ofertar uma educação profissional e tecnológica de qualidade, ampliando a formação dos recursos humanos auxiliares em saúde bucal no país. Com duração de dois anos, é um curso subsequente ao ensino médio. Ao final do primeiro ano o discente poderá solicitar o Certificado de Auxiliar em Saúde Bucal, e ao final do segundo ano poderá obter o diploma de Técnico em Saúde Bucal [IFPR, 2015].

Além da formação técnica articulada à formação humana, o IFPR busca resgatar socialmente as profissões do Técnico e do Auxiliar em Saúde Bucal, pois, de acordo com Oliveira [2009], são profissões historicamente prejudicadas quanto aos seus direitos trabalhistas e quanto à inclusão e

participação no conselho profissional de odontologia, bem como no mercado de trabalho. Vale ressaltar, que na Lei nº 11.889/08, que regulamenta o exercício profissional de auxiliares e técnicos em saúde bucal (Brasil, 2008b), alguns artigos são passíveis de divergências na interpretação, ocasionando diferenças nos projetos pedagógicos das escolas formadoras de recursos humanos auxiliares em saúde bucal.

Considerando a realidade social e econômica do país para organizar e elaborar seu projeto pedagógico, o Curso Técnico em Saúde Bucal do IFPR tem como objetivo a formação integral de Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal que mobilizem, articulem e coloquem em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas na sua profissão (IFPR, 2019; IFPR, 2015).

Para que este objetivo seja alcançado, o curso atua com base nas seguintes diretrizes:

- proporcionar ao discente a formação cidadã, criando condições de aprender, questionar situações, sistematizar problemas e buscar criativamente soluções;
- levar o educando a reconhecer a saúde como direito e reflexo das condições de vida da população, exercendo sua profissão como uma forma de participação e transformação social;
- promover o conhecimento dos princípios éticos em odontologia, incentivando o discente a aplicá-los em todos os aspectos de sua vida profissional;
- preparar o discente para organizar seu trabalho com base nos princípios do planejamento em saúde;
- habilitá-lo para realizar ações de promoção de saúde a partir da compreensão das situações, dos grupos de risco e da identificação das potencialidades locais;
- prestar cuidados de recuperação e manutenção da saúde bucal segundo as fases do ciclo vital, baseando-se nos princípios éticos do atendimento em saúde (IFPR, 2015).

Portanto, o Curso Técnico em Saúde Bucal no IFPR trabalha tendo

como base os 4 pilares da educação:

- aprender a conhecer – onde há a possibilidade de conhecer uma cultura ampla e estudar em profundidade alguns assuntos específicos, oportunizando o “aprender a aprender” e preparando os discentes para que usufruam das oportunidades advindas da educação no decorrer da sua vida;
- aprender a fazer – para que além da competência profissional, esta qualificação auxilie os discentes a trabalhar em equipe e a enfrentar desafios, possibilitando vivenciar estas experiências por meio da integração ensino-serviço;
- aprender a conviver – oportunizando, por meio de atividades intra e extraclasse, a compreensão do outro e o gerenciamento de conflitos, respeitando as diferenças e baseando-se na cultura da paz;
- aprender a ser – propiciando o autoconhecimento e aumentando a autonomia, responsabilidade e discernimento, levando em consideração o potencial de cada discente [DELORS, 2010].

O currículo mínimo para a formação é constituído por um elenco de componentes curriculares profissionalizantes que visam desenvolver conhecimentos, aquisição de habilidades e destrezas requeridas pelo perfil profissional desta habilitação, para atuar na área da saúde bucal. Para que as estratégias e os pilares da educação sejam efetivamente implementados no Curso Técnico em Saúde Bucal, os pressupostos pedagógicos da organização curricular do curso seguem os mesmos princípios, destacados na sequência:

- Incentivo ao protagonismo do aluno no processo pedagógico–o processo de ensino-aprendizagem é centrado no aluno como sujeito e apoiado no professor como facilitador e mediador da construção do conhecimento;

- Integração teoria-prática: as aulas práticas estão presentes do primeiro ao último semestre do curso, possibilitando que os conteúdos sejam colocados em prática imediatamente após sua abordagem teórica;

- Integração ensino/pesquisa/extensão: a consolidação desse tripé se dá especialmente pela conexão de vários componentes didáticos, tendo como resultado os Trabalhos de Conclusão de Curso. Os discentes realizam pesquisa em bases de dados da área da saúde; fazem visitas nos locais em que serão aplicados os projetos para conhecer a realidade local; redigem um trabalho direcionado ao público-alvo, de acordo com as normas científicas; montam material didático para uma intervenção de cunho educativo preventivo e aplicam esse projeto na realidade. O local de aplicação do projeto é selecionado no início deste processo, de acordo com o grupo que receberá esta intervenção, após visita e concordância dos responsáveis pelo local. Estes projetos de intervenção na realidade já foram aplicados em escolas, escolas especiais, lares de idosos, penitenciárias, aldeias indígenas, unidades de saúde, população em situação de rua, clínicas de reabilitação em dependência química, entre outros. Além disso, os discentes realizam a defesa do trabalho diante de banca avaliadora e montam um pôster para divulgação do trabalho em eventos científicos dentro e fora do IFPR. Estes projetos, por serem uma experiência de integração entre ensino, pesquisa e extensão, possibilitam uma ampliação da visão de mundo dos alunos, tornando-se uma prática transformadora;

- Integração ensino-trabalho: esta interligação ocorre por meio dos estágios obrigatórios que já iniciam no segundo semestre. Estes estágios ocorrem em consultórios particulares ou nas unidades de saúde do município de Curitiba-PR, com o qual o IFPR mantém convênio, além das unidades de saúde de municípios da região metropolitana de Curitiba. Os discentes também podem realizar os estágios não obrigatórios, previstos por lei. O estágio supervisionado propicia ao aluno a complementação do processo de ensino-aprendizagem, em termos de experiências práticas, proporcionando a reflexão e a aplicação dos conhecimentos teóricos construídos durante a vida acadêmica, aprimorando as práticas e métodos pertinentes ao Técnico em Saúde Bucal. Dessa forma, o discente adapta-se às exigências do mercado de trabalho e dos mecanismos de modernização tecnológica, bem como ao desenvolvimento e ao aperfeiçoamento das habilidades e competências indispensáveis ao desempenho profissional (IFPR, 2015).

Tendo como eixo a missão e os valores do IFPR; as diretrizes, os

pilares da educação e a organização curricular do Curso Técnico em Saúde Bucal citados, o discente conclui o curso tendo como perfil profissional a formação humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico; capacitado para exercer atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (IFPR, 2015).

CONCLUSÃO

A proposição urgente de ajustes e regulamentações das atribuições legais do ASB e TSB faz-se necessária para nortear as instituições de ensino na formulação de projetos pedagógicos condizentes com a realidade de atuação dos profissionais auxiliares, no mercado de trabalho público e privado. Assim, a formação integral, humanista, crítica e reflexiva do estudante, pautada nos quatro pilares da educação, deve ser promovida por todas as instituições formadoras de profissionais auxiliares.

Além disso, observa-se a necessidade de buscar uma efetiva integração entre a graduação e o ensino técnico em saúde bucal, para que acadêmicos de odontologia reconheçam o trabalho de auxiliares e técnicos como sujeitos ativos do processo de trabalho. A atuação de uma equipe odontológica articulada e ciente das suas competências e atribuições promove uma prática qualificada, com melhores condições de trabalho dos profissionais envolvidos e maior satisfação do usuário.

Portanto faz-se necessário a criação de novos cursos técnicos para suprir a demanda de recursos humanos auxiliares em saúde bucal; assim como, se necessário, a reformulação de cursos existentes para este público-alvo, visando a inclusão de maior número de profissionais qualificados e consequentemente a melhoria da atenção em saúde bucal da população e avanços na gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

BIAZEVIC M. G. H. *et al.* Perfil do Técnico em Higiene Dental do Estado de São Paulo: qualidade da prestação dos serviços. **R. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 47-54, jan./jun. 2001.

BRASIL. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO** – 2010 – 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer nº 460, de 6 de fevereiro de 1975**, MEC/CFE. Dispõe sobre a habilitação em nível de 2º grau de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 fev. 1975. Documento, v. 171, p. 20-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório Final**. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório Final**. Brasília: MS, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório final**. Brasília: MS, 2005. [Série D. Reuniões e Conferências].

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

BRASIL. **Lei nº 11.892**, de 29 de dezembro de 2008. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. Poder Executivo. Brasília: 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11892.htm. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.889**, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Poder Executivo. Brasília: 2008b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11889.htm. Acesso em: 12 abr. 2019.

COATES, D. E. *et al.* Dental Therapists and Dental Hygienists Educated for the New Zealand Environment. **Journal of Dental Education**, v. 73, n. 8, p. 1001-1008, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA – **Quantidade geral de profissionais e entidades ativas**. Busca em 29/04/2019. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/>

estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. III Conferência Nacional das Profissões Auxiliares em Odontologia [CONPA]. **Documento Final dos Grupos III e IV**. Brasília; 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução nº 157/1987**. Brasília: CFO, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Decisão nº 47/2003**. Brasília: CFO, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução nº 63/2005**. Brasília: CFO, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução nº 85/2009**: Altera as redações do inciso II, do artigo 121 e dos Capítulos IV e V da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Brasília: CFO, 2009a.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução nº 90/2009**. Brasília: CFO, 2009b.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução nº 97/2010**. Brasília: CFO, 2010.

CRUZ, A. C. P. S. **Recursos humanos para o Sistema Único de Saúde**: formação e inserção de técnicos em saúde bucal em Minas Gerais. Dissertação - [Mestrado] Orientadora: Maria Ines Barreiros Senna - Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, 2018. 158 p.

DELORS, J. *et al.* **Educação**: um tesouro a descobrir, relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI [destaques]. Brasília: 2010. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_por. Acesso em: 06 abr. 2019.

ESPOSTI, C. D. D. *et al.* O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Saúde Soc**, v. 21, n. 2, p. 372-385, 2012.

FONES, A. C. The Origin and History of the Dental Hygienists. **The Journal of Dental Hygiene**, Suppl 1., p. 58-62, j2013.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Lei n.º 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? **Trab. educ. saúde**; v. 9, n. 1, 109-123. 2011.

INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ. Campus Curitiba. Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Saúde Bucal: Modalidade subsequente ao ensino médio. Curitiba: IFPR, 2017. 87 p.

INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ. Campus Londrina. **Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Saúde Bucal**: Modalidade subsequente ao ensino médio. Londrina: IFPR, 2015. 83 p.

INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ. **Plano de Desenvolvimento Institucional**: 2019-2023. Curitiba: IFPR, 2019. Disponível em: <http://info.ifpr.edu.br/wp-content/uploads/PDI-2019-2023-Versao-Consumo-2019.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2019.

KOVALESKI, D. F., BOING, A. F., FREITAS, S. F. T. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. **Rev. Odontol UNESP**, v. 34, nº 4, p. 161-65, 2005.

LEITE, D. O. *et al.* Impacto do trabalho auxiliado na qualidade de vida do cirurgião dentista / Impact of assisted work on dentist quality of life. **Braz. Dent. Sci**, v. 14, nº 1/2, p. 27-33, 2011.

LIMA, A. M. C. *et al.* Inserção do técnico em saúde bucal no sistema único de saúde: a instabilidade dos vínculos de trabalho e a desvalorização profissional. **Trab. Educ. Saúde**; v. 14, n. supl.1, p. 139-154, 2016.

LIÑAN, M. B. G.; BRUNO, L. E. N. B. Trabalho e formação profissional do atendente de consultório dentário e do técnico em higiene dental. **Trabalho, educação e saúde**, v. 5; n. 2, p. 297-316. 2007.

MILLING, L. A. A Grand History. **Registered Dental Hygienists**, v. 30, nº 7, jul. 2010. Disponível em: <<https://www.rdhmag.com/articles/print/volume-30/issue-7/features/a-grand-history.html>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

MORETO, E. C. N. MENGATO, A. P. F. **ESCOLA TÉCNICA AO SETOR DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA - UFPR: um pouco da história**. Curitiba, 2019. Disponível em: https://www.portal.ufpr.br/Historico_biblioteca_ET_SEPT.pdf. Acesso em: 28 Abril de 2019.

MOYSÉS, S. T. *et al.* A Formação e desenvolvimento da equipe de saúde bucal. In: SILVEIRA FILHO, A.D. [Org.] **Os dizeres da boca em Curitiba**. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. p. 45-56.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, nº 2, p. 241-246, 2008.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* **Auxiliar e técnico de saúde bucal: da condição de “ocupação” ao status de “profissão” da odontologia**. 2009. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5320431-Auxiliar-e-tecnico-de-saude-bucal-da-condicao-de-ocupacao-ao-status-de-profissao-da-odontologia.html> Acesso em 14.abril. 2019

OLIVEIRA, C. A. S. **Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família do estado de Minas Gerais**. Dissertação [Mestrado] Orientador: Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu - Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, 2011. 99 f.

OLIVEIRA, J. A. A. **O Técnico de Higiene Bucal: Trajetória e tendências de profissionalização com vistas ao maior acesso aos serviços de Saúde Bucal**. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, 2007.

PEZZATO, L. M. A formação para o pessoal auxiliar em odontologia, no Brasil: contribuição ao tema. **Ação Coletiva**, v. 2, nº 1, p. 35-40, 1999.

PEZZATO, L. M.; COCCO, M. I. M. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho. **Saúde em Debate**, v. 28, nº 68, p. 206- 11,

2004.

PRADO, M. M. S. **Formação e prática profissional do Técnico em Saúde Bucal**: um estudo sobre a percepção de egressos. Tese - (Doutorado) Orientadora: Antônia Vitória Soares Aranha - Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, 2013. 212 f.

SILVA, M. P. *et al.* Percepção de equipes de saúde bucal no norte de Minas Gerais sobre a formação de técnicos em saúde bucal do SUS. **Trab. Educ. Saúde**; v. 12, n. 1, p. 69-85, 2014.

UCHIDA, T. H. *et al.* Práticas preventivas realizadas por Técnicos em Saúde Bucal: um estudo qualitativo. **Revista da ABENO**, v.16. n. 1, p.110-124, 2016.

UNIVERSITY OF BRIDGEPORT. **About the Fones School of Dental Hygiene**. Disponível em: <<https://www.bridgeport.edu/academics/schools-colleges/fones-school-dental-hygiene/about>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

**AS UNIVERSIDADES PÚBLICAS E
SEU PAPEL NO FORTALECIMENTO
DA INTEGRAÇÃO ENSINO-
SERVIÇO NA ATENÇÃO À SAÚDE
BUGAL NO PARANÁ**

A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**Maria Celeste Morita | Lucimar Aparecida Britto Codato
| Rafael Gomes Ditterich**

A integração ensino-serviço de saúde na Odontologia possui aspectos que são comuns à trajetória dos demais cursos da área de saúde e outros particulares porque vinculam-se ao núcleo de atuação. Deste modo, é fundamental compreender os aspectos históricos da integração ensino-serviço de saúde, bem como, identificar a importância das Diretrizes Curriculares Nacionais e sua relação com a integração ensino-serviço de saúde.

ASPECTOS HISTÓRICOS DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DE SAÚDE

Ao longo do tempo, a integração ensino-serviço de saúde tem sido reconhecida e valorizada como meio e fim para formação em saúde. Logo, integrar ensino-serviço de saúde é algo processual, dinâmico e sempre desafiador porque envolve diferentes atores, alguns efetivos, outros eleitos ou contratados por períodos determinados, que se somam a realidades em constantes mudanças e demandas. A seguir será descrito sucintamente os principais fatos históricos que alavancaram a necessidade de integração ensino-serviço de saúde.

Em 1978, a Declaração de Alma Ata deixou claro que os cuidados primários de saúde deveriam ser amparados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente apoiados, porque envolviam outros setores como a comunicação, educação, indústria e a habitação [ONU, 1978]. Em 1986, em Ottawa, no Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde destacou que a reorientação dos serviços de saúde necessitava de investimentos em pesquisa em saúde, assim como mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Dessa forma ressaltou-se que a reorientação dos serviços de saúde estava atrelada a mudanças na educação e no ensino dos referidos profissionais [ONU, 1986].

Em 1988, a segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde emite a Declaração de Adelaide, a qual deixou claro que as Instituições de Ensino Superior [IES] precisavam responder às necessidades emergentes da nova saúde pública e também reorientar os currículos existentes, com o objetivo de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública [ONU, 1988].

No Brasil, a busca pela integração ensino-serviço de saúde também não é fato novo. Nele, as décadas de 1970-1980 foram marcadas pelo Movimento de Reforma Sanitária deflagrado principalmente pela necessidade de avanços no cuidado da população. Esse movimento sinalizou a necessidade de orientar a formação profissional em saúde para a Atenção Básica, em função do descompasso entre a atuação profissional e as necessidades de saúde da população [ALMEIDA; FERRAZ, 2008; GONZÁLEZ, 2008].

No país, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi outro marco histórico. Além das discussões sobre a reformulação do sistema nacional de saúde, debateu amplamente que a formação dos profissionais de saúde deveria estar integrada ao sistema regionalizado, articulado e hierarquizado de atenção à saúde [BRASIL, 1986]. Explicitou a inadequação curricular das áreas da saúde para o alcance das transformações relacionadas à saúde. Destacou a necessidade de adequação qualitativa e quantitativa dos egressos às exigências do sistema, relacionada à oferta de vagas, abertura de cursos e desenvolvimento de novos projetos pedagógicos. Apontou o desafio de superação de dicotomias entre teoria e prática, básico e clínico, por meio da integração curricular, que oportunizassem espaços pedagógicos internos e externos com rompimento dos muros da universidade [ALMEIDA; FERRAZ, 2008]. Considerando esses desafios, em maior ou menor grau, ainda se fazem presentes em muitas instituições de ensino superior e nos remetem à reflexão sobre o quanto a integração ensino-serviço ainda precisa avançar.

Em 1988, a Constituição Cidadã instituiu o Sistema Único de Saúde [SUS], uma resposta positiva ao Movimento de Reforma Sanitária e consequente grande conquista para o cuidado da população por meio da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Cabe ao SUS o papel de ordenar a formação de recursos humanos. Logo, é inegável que a discussão e o envolvimento na formação profissional são estratégicos e fundamentais para o SUS, pois cabe a ele contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde. Nesse sentido, a importância dos recursos humanos na qualidade da atenção e assistência prestadas no SUS é reafirmada sucessivamente em todas as Conferências Nacionais de Saúde.

Os níveis de educação influenciam os níveis de saúde, os quais também influenciam os níveis de educação. Em função dessa interdependência, deseja-se uma integração entre esses dois setores [MORITA; KRIGER, 2006] para que, de forma articulada, responsabilizem-se pela formação na área da saúde [HADDAD; MORITA, 2006].

A lei n. 9394 de dezembro de 1996, estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional [LDB-1996], deixando bem explícito que a educação

superior deve estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, como também prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade. Além disso valoriza o local de trabalho como espaço privilegiado de ensino-aprendizagem [BRASIL, 1996].

Assim, o arcabouço legal derivado da Constituição Federal e a complexidade das relações envolvidas fez emergir no Ministério da Saúde uma secretaria específica para tratar do trabalho e da educação na área com a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde [SGTES]. As ações para fomentar a aproximação entre o ensino e os serviços de saúde passam a ser sistemáticas uma vez que a SGTES tem por responsabilidade formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

Cabe destacar o relevante papel das políticas indutoras emanadas da SGETS como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde [PRÓ-Saúde], lançado em 2005 e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde [PET-Saúde] para a consolidação da integração ensino-serviço de saúde e para a transformação do ensino de saúde no Brasil, por meio da integração ensino-serviço de saúde como eixo estruturante.

O ponto central do PRÓ-Saúde foi "a aproximação da academia com os serviços de saúde, mecanismo fundamental para transformar o aprendizado com base na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira" [BRASIL, 2007, p. 14]. O PET-Saúde, que foi regulamentado em 2010 e até o presente momento tem lançado novos editais, possibilita a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas do SUS. Objetiva estimular a produção de conhecimento a partir das necessidades dos serviços, facilitar o processo de integração ensino-serviço-comunidade e a institucionalização das atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços de saúde [BRASIL, 2010]. No âmbito da Pós-graduação, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, outra política pública derivada da ação interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação,

visam ao desenvolvimento de competências para o trabalho no SUS com ênfase no relevante papel da formação interprofissional.

É fato que tanto o ensino quanto os serviços de saúde requerem o contínuo desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que incitem a crítica, a reflexão e a articulação de saberes para a tomada de decisão. Logo, a integração ensino-serviço de saúde qualifica e gera benefícios bilaterais e sinergia para o alcance de avanços no cuidado da população [CODATO; GARANHANI; GONZÁLEZ, 2017]. Assim, a aproximação entre o mundo do ensino e o do trabalho é uma porta aberta para o ensino-aprendizagem de todos os envolvidos, que possibilita a confluência de saberes, importantes para a formação em saúde, para a consolidação e melhorias dos modelos de atenção à saúde do SUS. Esta aproximação entre pessoas depende não só da institucionalização das relações, mas também da abertura das pessoas que habitam esses mundos e que coabitam os espaços SUS (profissionais da área de saúde, estudantes, docentes e a população) [CODATO, 2015].

Para concluir, os diferentes contornos que a integração ensino-serviço de saúde assumiu ao longo do tempo refletem o contínuo movimento de aperfeiçoamento dos sistemas de saúde. Se em seu início as ações de integração envolvendo os dois setores (saúde e educação) passaram por pequenas vivências de estudantes em áreas rurais ou visitas aos serviços de saúde como oportunidade de conhecer a realidade brasileira, hoje esse engajamento vai muito além. Compreende-se claramente que as pessoas que trabalham no SUS, assim como sua educação continuada, têm um papel fundamental e estratégico na implementação do Sistema e na qualidade da atenção em saúde. Verifica-se claramente que integrar ensino-serviço amplia os horizontes de todos os envolvidos e resulta em avanços no cuidado da população.

As mudanças necessárias para fazer evoluir esses dois grandes setores em ação sinérgica exigirão esforços incansáveis [HADDAD; MORITA, 2006]. Certamente contará com a adesão imprescindível de todos que se propõem a contribuir para um país melhor no presente e para as gerações futuras.

AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DA ODONTOLOGIA E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DE SAÚDE

As prerrogativas da LDB-1996 foram reafirmadas por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais [DCN] para os cursos de graduação na área da saúde. As DCN da Odontologia [BRASIL, 2002] são marcos estruturantes para a formação em saúde como também para a adequação dos currículos e adoção de práticas pedagógicas, de modo que possam contribuir para a formação de futuros profissionais mais bem preparados para dar respostas positivas frente à realidade e às demandas da população.

A integração ensino-serviço de saúde na Odontologia é indispensável para o cumprimento dos pressupostos das DCN, as quais enfatizam a necessidade de inserção precoce e progressiva dos estudantes no SUS, com o propósito de oportunizar conhecimento e despertar o compromisso destes com a realidade do país e da sua região. Sinalizam a necessidade de incorporação do arcabouço teórico do SUS nos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação com valorização de aspectos éticos, de cidadania e epidemiológicos, para assegurar uma formação que contemple os referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Constituem-se como indicação e recomendação para as IES [HADDAD; MORITA, 2006; HADDAD *et al.* 2010].

Embora as DCN de Odontologia publicadas em 2002 [BRASIL, 2002] possam ser consideradas um grande avanço para a aproximação do ensino de Odontologia aos serviços de públicos de saúde, essa ação indutora esbarrou em diversas dificuldades para sua implementação [MORITA *et al.*, 2010]. Destacam-se o tradicional direcionamento da formação em Odontologia para o mercado privado, as diferentes capacidades locais de absorção de estudantes nas redes de serviços e a descontinuidade da gestão pública resultante das mudanças de governos e suas consequentes trocas de interlocutores nas pactuações.

Assim, após dez anos de aprovação e implementação das DCN de Odontologia, começaram a surgir evidências concretas da necessidade de seu aperfeiçoamento, considerando o imperativo de incorporação de novas legislações aprovadas no período, que incluem: Portarias e Resoluções

do Ministério da Educação, novas Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Atenção em Saúde Bucal, assim como para acompanhar o avanço do conhecimento na área.

Para encaminhar essa demanda e permitir um amplo diálogo com a sociedade, a Associação Brasileira de Ensino Odontológico [ABENO] coordenou um processo de discussão nacional que envolveu a colaboração de 123 Instituições de Ensino Superior [IES] brasileiras, para protocolar em 2016, um pedido de revisão daquelas DCN de Odontologia aprovadas em 2002.

Somente em dezembro de 2018 a proposta protocolada e revisada pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação [CNE] foi relatada e aprovada pelo pleno do CNE. Nesse momento as novas Diretrizes Curriculares Nacionais aguardam sua publicação para passarem a ser o novo documento que define os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação do cirurgião-dentista. Um dos aspectos fundamentais preservados em todas as discussões que permearam esse processo foi o de garantir que as DCN devem fazer avançar a formação em Odontologia atrelada às necessidades do SUS. Nesse sentido, mantiveram-se as Competências Gerais, as quais, em sintonia com os demais profissionais da área da saúde, apontam que o cirurgião-dentista deve possuir e praticar: Atenção à Saúde, Tomada de Decisão, Comunicação, Liderança, Gestão em Saúde e Educação Permanente.

Destaca-se ainda a ênfase dada à formação para a atuação com base nas melhores evidências científicas, a qual tem importante reflexo nos serviços de saúde. Encurtar o espaço de tempo entre a produção do conhecimento científico e sua incorporação na prática profissional é sem dúvida um objetivo a ser perseguido para transladar o conhecimento em benefício da população. Além disso, “Esse lapso de tempo impacta substancialmente nos custos operacionais de sistemas de saúde, bem como na qualidade e no acesso aos serviços ofertados, seja pela falta de adoção de medidas de interposição ao progresso de doenças, seja pelo uso de terapias menos eficazes, ou ainda pela agregação de tecnologia não essencial, entre outros problemas” [MORITA, 2016].

O ensino e as práticas de saúde devem ser estruturados com foco

no cuidado da pessoa como um todo, não compartimentalizado, que considere os aspectos sociais do processo saúde-doença. São necessários projetos pedagógicos, currículos e metodologias de ensino-aprendizagem condizentes com a proposta, articulações políticas e interpessoais que favoreçam o estreitamento das relações e a disponibilização dos cenários extramuros.

Busca-se o cumprimento de uma orientação educacional, que se soma à possibilidade de as pessoas envolvidas ensinarem e aprenderem, que se alia à relevância do SUS enquanto espaço de ensino-aprendizagem, que gera avanços no processo formativo do estudante e na qualificação do próprio sistema. Nesse sentido as DCN de Odontologia se constituem em um importante instrumento legal para fazer avançar a integração ensino-serviços de saúde.

Como bem visto, é fundamental reconhecer a importância da integração ensino-serviço na discussão da formação de profissionais cirurgiões-dentistas contextualizada à sua realidade e inserção locoregional. Deste modo, este capítulo tem a finalidade de apresentar as experiências e aproximações construídas e vivenciadas na integração ensino-serviço pelos cursos de Odontologia nas Universidades Públicas no estado do Paraná, desde a centenária Universidade Federal do Paraná, passando pelas nossas Universidades Estaduais: de Ponta Grossa, de Londrina, de Maringá e do Oeste do Paraná, até chegar à nossa caçula Universidade Estadual do Norte do Paraná. As lições e aprendizados são construídos por diferentes atores e contextos, mas que trazem a riqueza e a importância das Universidades na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e sua relação no caso dos cursos de Odontologia na integração entre academia, serviços de saúde e comunidade.

O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ E A SUA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA-PR

Rafael Gomes Ditterich

A HISTÓRIA E O PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ODONTOLOGIA

A Universidade Federal do Paraná [UFPR] foi fundada em 1912 por um grupo de idealistas liderados pelo médico Dr. Victor Ferreira do Amaral, na qual já desde sua criação figurava o Curso de Odontologia vinculado à Faculdade de Medicina. A primeira turma iniciou suas atividades em 1913, sendo que em 1914, 11 [onze] cirurgiões-dentistas se formaram, e dentre eles figura com destaque a primeira mulher formada em Odontologia no estado, a Dra. Helena Vianna Seiler de Camargo. Em 1958, passou a funcionar como Faculdade independente, tendo como seu primeiro Diretor o Prof. Júlio Estrela Moreira [UFPR, 2018].

Ao longo de muitas décadas permaneceu como a única Instituição de Ensino Superior de formação de cirurgiões-dentistas no estado, graduando profissionais que exerceram as atividades em todas as regiões do Paraná e de estados vizinhos, em uma época em que a população era extremamente necessitada de serviços odontológicos. Na década de 70, por meio da reforma universitária, foram criados os Setores e Departamentos, ficando o Curso de Odontologia ligado ao Setor de Ciências da Saúde [UFPR, 2018].

Desde seu início a vocação da Faculdade era a formação clínica, educando e treinando os alunos para a resolução dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. Atualmente, em modernas instalações no Campus Jardim Botânico, em função da sólida formação acadêmica do corpo docente, a vocação para a Especialização, Pesquisa e Pós-Graduação agregou-se à excelência na formação clínica. As disciplinas básicas e pré-clínicas evidenciam o grande esforço na preparação do aluno para, na sequência, receber um treinamento clínico de qualidade, no qual as disciplinas clínicas ensinam técnicas e procedimentos contemporâneos baseados em evidência. O atendimento clínico, em formato intensivo, é desenvolvido pelos alunos nos dois últimos semestres junto à Clínica Integrada [UFPR, 2018].

Com a Resolução CEPE n. 30, de 06 de setembro de 1990, foram estabelecidas normas básicas para implantação, reformulação ou ajuste curricular dos cursos de graduação da UFPR. A opção feita pelo curso de Odontologia foi por uma Reformulação Curricular, que compreende “um processo amplo de reestudo sobre a organização curricular em vigência, com propostas de mudança no eixo de formação do acadêmico” [Art. 2º da Resolução] [UFPR, 1990].

O perfil do profissional cirurgião-dentista mudou substancialmente nos últimos anos. De uma Odontologia voltada principalmente para a clínica particular, entre as paredes do consultório, para uma filosofia de trabalho que privilegia a prevenção e o trabalho em equipe, bem como a atuação no serviço público no SUS, tendo como necessidade a adequação de seus futuros profissionais às novas exigências do mundo do trabalho [UFPR, 2012].

Desde então, a matriz curricular vigente de 2012, fruto de ajuste

na matriz aprovada de 2007, tem sido discutida pelos docentes e pela coordenação do curso. A presente matriz curricular apresenta 4.305 horas distribuídas em 9 semestres letivos. Avanços importantes aconteceram neste currículo, como a ampliação da área da Saúde Bucal Coletiva, agora com 4 [quatro] disciplinas: Introdução à Saúde Coletiva, Odontologia em Saúde Coletiva I, Odontologia em Saúde Coletiva II e Odontologia em Saúde Coletiva III [estágio III]. Houve a preocupação em criar 3 novas disciplinas de estágios intramuros: Estágio Supervisionado I, Estágio Supervisionado II e Estágio Supervisionado IV [Pronto Atendimento Odontológico] para atender as reais necessidades do mercado de trabalho. Também com as novas especialidades odontológicas aprovadas pelo Conselho Federal de Odontologia, foram incluídas no início e/ou por meio de ajustes posteriores na matriz curricular as disciplinas: Pacientes com Necessidades Especiais, Odontologia Hospitalar e Odontologia do Esporte.

Sobre a integração ensino-serviço-comunidade na matriz curricular destacam-se as disciplinas de Introdução à Saúde Coletiva e Odontologia em Saúde Coletiva III, bem como as atividades formativas, pois o curso tem destaque em diversas atividades e ações de extensão universitária. Em 2017, também é aprovada a disciplina optativa de Vigilância em Saúde Bucal, fruto da experiência adquirida do PET-Saúde / Vigilância em Saúde.

A disciplina de Introdução à Saúde Coletiva, além de discutir o mercado de trabalho na Odontologia e métodos preventivos de cuidados à saúde bucal, realiza atividades de educação da saúde bucal em equipamentos sociais, nos diferentes municípios da região metropolitana: Curitiba-PR, Campina Grande do Sul-PR, Colombo-PR e São José dos Pinhais-PR.

A disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva III terá destaque na sequência em uma nova seção. Já a disciplina de Vigilância em Saúde Bucal foi organizada a contemplar os seguintes temas, como: Organização de Levantamentos Epidemiológicos com escolares; Vigilância Sanitária; Avaliação de Indicadores de Saúde Bucal e uso de sistemas de informação; Vigilância Ambiental em Saúde Bucal com ênfase ao VIGIAGUA e o heterocontrole do parâmetro fluoretos; Avaliação de efetividade em Promoção da Saúde e; Saúde do Trabalhador e Odontologia do Trabalho. As atividades de campo têm sido realizadas em parceria com os municípios de Piraquara-PR e São José dos Pinhais-PR.

Já no que se refere à extensão universitária, o curso de Odontologia, apresenta diversas atividades e ações que promovem de forma efetiva a interação entre a academia, os serviços de saúde e a comunidade, com os projetos: 1) Prevenção Primária e Secundária das Doenças Bucais e Periodontais; 2) Desmistificando o corpo através de educação em saúde; 3) SOS Dente; 4) Projeto Boca Aberta; 5) Liga Acadêmica de Estomatologia da UFPR; 6) Confecção de laudos das radiografias realizadas no Centro Radiológico de Odontologia da Universidade Federal do Paraná; 7) Novos conceitos e perspectivas futuras em Odontologia; 8) Captação, limpeza e armazenamento de dentes humanos; 9) “Dente Presente”: um olhar para a ciência; 10) Promoção de Saúde Bucal a Pacientes Portadores de Necessidades Especiais em Escolas de Educação Especial; 11) SAMDOF: diagnóstico e tratamento multidisciplinar em Dor Orofacial e Distúrbios do Sono; 12) Prevenção de doenças imunopreveníveis em discentes dos cursos de graduação da área de saúde da UFPR; 13) Educação para a Saúde Bucal e Qualidade de Vida; 14) Promoção e Prevenção em Saúde nas Escolas Municipais - Lapa-PR; 15) Automedicação: benefícios e riscos; 16) Autocuidado e Qualidade de Vida e 17) Saúde bucal: da prevenção às práticas restauradoras [UFPR, 2019].

O novo desafio imposto tem sido discutir uma nova reforma curricular que contemple as futuras DCNs aprovadas em dezembro de 2018 e a curricularização da extensão no curso de Odontologia, bem como fortalecer as parcerias com a rede de serviços públicos de saúde no Sistema Único de Saúde.

DA DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL II À DISCIPLINA DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA III: UM CAMINHAR DE EXPERIMENTAÇÕES E PIONEIRISMO NO ESTÁGIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Secretaria Municipal de Saúde [SMS] de Curitiba-PR implantou de forma inovadora, no ano de 1992, o Programa de Saúde da Família [PSF] que posteriormente mudou para Estratégia Saúde da Família [ESF]. A ESF no referido município, desde a sua origem, trabalhava com a visão multiprofissional na atenção à saúde da população, sendo pioneira

nacionalmente na incorporação da Equipe de Saúde Bucal antes mesmo de se pensar em uma regulamentação federal [CURITIBA, 1995, 2002; DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009]. Dentre os atores fundamentais nesse processo, estava à frente o prof. Sylvio Gevaerd, que acumulava então a função de Coordenador de Saúde Bucal da SMS Curitiba-PR e Professor de Odontologia Preventiva e Social da UFPR.

Deste modo, a experiência de inserção dos alunos de graduação de Odontologia da UFPR, na Estratégia Saúde da Família, teve início em 1996, com a parceria entre a SMS Curitiba-PR e a disciplina de Odontologia Social e Preventiva II ofertada então no 7º. Período. Este estágio na ESF também se destaca como primeira experiência nacional em cursos de Odontologia, pois não se falava no trabalho multiprofissional, abordagem familiar e muito menos da saúde bucal no cuidado longitudinal em saúde na formação para o serviço público da saúde. Neste desenho, cada Unidade Saúde da Família recebia 2 a 3 acadêmicos uma vez por semana durante um semestre. O supervisor no local do estágio era o próprio cirurgião-dentista atuante na ESF do município. O professor responsável realizava supervisão semidireta e assessoria metodológica no andamento do trabalho. O estágio embrionário se tornou modelo nacional e, desde então, vem proporcionando aos acadêmicos de Odontologia da UFPR a oportunidade de compreender a importância do conhecimento da realidade social da população como determinantes da saúde bucal, bem como de vivenciar e entender a rotina e a prática no serviço de saúde baseado na estratégia de abordagem familiar proposta pelo município de Curitiba-PR [DITTERICH *et al*, 2007].

Neste percurso, a proposta inicial foi se aperfeiçoando, novos municípios da região metropolitana de Curitiba-PR também foram se aproximando, como: São José dos Pinhais-PR, Colombo-PR e Piraquara-PR. No final do ano de 2007, ocorre a reforma curricular em que então a disciplina muda de nome para Odontologia em Saúde Coletiva III e agora no 8º período. Dentre os objetivos de aprendizagem na disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva III da UFPR, os acadêmicos: 1) Observam a estrutura e funcionamento de cada UBS; 2) Conhecem *in loco*, a proposta da ESF, o planejamento local, o controle social, programas desenvolvidos pela Unidade, e como ocorre a integração com a comunidade; 3) Participam do processo de territorialização de microáreas de acordo com a programação

existente e do início de acompanhamento da equipe local nos trabalhos de área; 4) Realizam visitas domiciliares e aplicam um estudo de caso da família escolhida com acompanhamento das equipes, fazendo correlação do estudo da família com a comunidade e a sociedade de um modo geral; 5) Participam das reuniões da equipe, discussão de casos e levantamento de outros dados necessários para o estudo de caso; 6) Desenvolvem outros levantamentos epidemiológicos para maior compreensão do local e suas necessidades. 7) Prestam atenção integral às famílias com ações: educativas, preventivas e clínico-restauradoras; 8) Realizam atividades educativas e preventivas em diferentes equipamentos sociais: escolas, creches, abrigos e centros de convivência; 9) Participam das oficinas dos programas: gestantes, puericultura e hiperdia [BUFFON *et al.*, 2011].

Atualmente, as ações e atividades da disciplina de estágio em Odontologia em Saúde Coletiva III com 60 horas vêm promovendo a integração ensino-serviço-comunidade nos municípios de Curitiba-PR e Piraquara-PR. No entanto, apesar dos avanços iniciais com a proposta inovadora, hoje se evidencia a necessidade emergente de uma futura reforma curricular, com necessidade de ampliação do estágio supervisionado obrigatório no Sistema Único de Saúde, com diversificação de cenários de práticas não somente na atenção primária à saúde na formação de cirurgiões-dentistas para o SUS.

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFPR

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde [PET-Saúde], iniciado em 2009, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, em 2011, ampliou o seu campo aos serviços de média e alta densidade tecnológica, com o propósito de reorientar a formação profissional. Essa ampliação se deu na tentativa de garantir uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações na geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população, além do fomento a grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para atuação no SUS.

Em março de 2009, o PET-Saúde veio consolidar as parcerias entre a Universidade Federal do Paraná [UFPR] e as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Colombo [SMS-Colombo] e de Curitiba [SMS-Curitiba] fortalecendo a proposta de inserção de estudantes de graduação dos cursos da área de saúde o mais precocemente possível em Unidades de Saúde da Família [USF]. O projeto veio para ampliar os horizontes para uma realidade no campo da saúde coletiva, bem como, para compreender a relação entre equipes e profissionais de saúde. As atividades realizadas viabilizaram experiências concretas pertinentes à formação do acadêmico de saúde trabalhando-se nos marcos de uma ética comunitária aplicada, de modo impactante, instituindo uma ação voltada à promoção em saúde, sob a ótica da formação de profissionais capazes e comprometidos com a realidade local e social. Por meio do PET-Saúde, as atividades desenvolvidas possibilitaram uma integração entre o ensino e o serviço, buscando sempre a disseminação do conhecimento e a formação de profissionais generalistas com capacidade de atender as demandas sociais [BUFFON *et al.*, 2011].

Em 2012, foi aprovado o PET-Saúde/Pró-Saúde Redes na UFPR, no qual possibilitou atuação interdisciplinar nas atividades de práticas nas Unidades Saúde da Família no município de Colombo-PR, com envolvimento dos cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Farmácia, e Terapia Ocupacional. Um dos desafios foi o de possibilitar experiências na produção do cuidado, em uma abordagem integral do processo saúde-doença com incorporação do trabalho em rede como princípio educativo, sob a ótica da consolidação da Integralidade na formação dos profissionais e nas mudanças na Rede de Atenção à Saúde. A proposta de atuação comum a todos os cursos iniciou-se com o trabalho com a família e a comunidade, no qual os estudantes participam do diagnóstico de saúde da população, identificando as doenças individuais e os problemas de saúde coletiva mais frequentes, desenvolvem atividades de prevenção e promoção em saúde e são acompanhados em todas estas atividades pelos preceptores e tutores do PET-Saúde. As ações de saúde realizadas, tanto preventivas e de promoção de saúde quanto curativas, foram direcionadas aos ciclos de vida, abrangendo o recém-nascido, a criança, o adolescente, o adulto, a mulher e o idoso em um contexto familiar. Deste modo, o PET-Saúde Redes promoveu diversos benefícios aos seus participantes, uma vez que

ocorre um aprendizado mútuo entre acadêmicos, preceptores e tutores no que se refere ao processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família. Este Programa se constitui numa forma de contrapartida importante aos preceptores de estudantes e em importante fator para maior aproximação das instituições de ensino e de serviço [BUFFON *et al.*, 2015].

Em 2013, o Setor de Ciências da Saúde da UFPR foi contemplado com a nova versão do PET-Saúde/Redes de Atenção agora em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR, tendo como foco a atuação das 5 Redes de Atenção à Saúde [RAS] propostas pelo governo federal. Os grupos então aprovados foram: 1) Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; 2) Rede de Atenção de Urgências e Emergências e; 3) Rede de Atenção à Saúde Mental, tendo então como desafio a discussão da transversalidade da saúde bucal na RAS. Nessa versão do PET-Saúde/Redes de Atenção, os alunos participantes tiveram a oportunidade de compreender melhor a diversidade de atuação do cirurgião-dentista nos diferentes cenários de práticas do SUS. O ganho foi a participação dos alunos do curso de Odontologia da UFPR em estágios voluntários até então nunca ofertados na graduação, como: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Serviço de Urgências em Odontologia e Consultório na Rua [CnR]. O estágio voluntário no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Prof. Sylvio Gevaerd em Curitiba-PR era realizado em três turnos de 5 horas durante duas semanas, totalizando 30 horas, com experiência tanto na gestão como na assistência à saúde. Já no Serviço de Urgências em Odontologia, era realizado na Unidade de Saúde Camargo no terceiro turno de horário (17h às 21h) durante 15 semanas, totalizando 60 horas. E a última experiência exitosa foi a participação de alunos de graduação de Odontologia com estágio observacional na Equipe do Consultório na Rua [CnR], já que Curitiba-PR até então era a pioneira na inclusão da Equipe de Saúde Bucal [cirurgião-dentista e técnico de saúde bucal] no Consultório na Rua. No entanto, todas essas iniciativas importantes somente permaneceram ativas durante a vigência dessa edição do PET-Saúde, não permanecendo a continuidade de ações tão inovadoras e mobilizadoras na formação diferenciada do profissional cirurgião-dentista no SUS.

Em 2013, a UFPR foi contemplada com a aprovação no PET-Saúde/Vigilância em Saúde, no qual apresentou como proposta primeiramente

uma aproximação e posterior integração entre 2 cursos de graduação na área da saúde: Odontologia e Farmácia nas ações articuladas no Programa de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano juntamente como a Diretoria de Vigilância em Saúde do município de Colombo-PR. Pela primeira vez, os alunos da graduação dos dois cursos envolvidos trabalharam em equipe e compreenderam a importância da transversalidade e integralidade nas ações conjuntas na Vigilância em Saúde [DITTERICH *et al.*, 2016]. Essa experiência foi tão exitosa, que em 2017 foi incorporada por ajuste na matriz curricular do curso de Odontologia da UFPR a disciplina optativa de Vigilância em Saúde Bucal com carga horária de 30 horas.

Atualmente o desafio proposto com a aprovação no PET-Saúde Interprofissionalidade em dezembro de 2018 tem sido desenhar a oferta de 5 [cinco] disciplinas optativas interprofissionais: 1) Promoção da Saúde; 2) Mobilização e Controle Social na Saúde; 3) Práticas Integrativas e Complementares na Saúde; 4) Redes de Atenção à Saúde e 5) Vigilância em Saúde. Os alunos de Odontologia poderão participar de todas essas disciplinas juntamente com alunos de outros cursos da área da saúde da UFPR. Também poderão participar das atividades e ações de integração ensino-serviço-comunidade do PET-Saúde Interprofissionalidade nos diferentes serviços de saúde e equipamentos sociais das Secretarias Municipais de Saúde de Curitiba-PR e Piraquara-PR.

A INTEGRAÇÃO ENTRE A GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA E O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PRMSF)

O ensino baseado na integração proporciona uma aprendizagem mais estruturada e significativa, pois os conhecimentos estão organizados em torno de estruturas conceituais e metodológicas compartilhadas por várias disciplinas e saberes [TOASSI *et al.*, 2012; SCHERER *et al.*, 2014].

Por meio das atividades curriculares dos cursos de graduação da saúde e o PRMSF, acadêmicos, residentes e docentes têm realizado atividades em parceria com os profissionais preceptores da rede de saúde,

visando a melhoria nas condições de saúde da população. Participam do PRMSF, profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia; Terapia Ocupacional e Medicina Veterinária atuantes em Unidades Saúde da Família primeiramente em Colombo-PR, e atualmente em Piraquara-PR.

Um importante marco para essa articulação foi que desde 2013 até o presente momento, a coordenação do PRMSF tem estado sob responsabilidade de professores da Odontologia em Saúde Coletiva da UFPR, o que facilitou em muito a aproximação entre o curso de Odontologia e o PRMSF.

Os alunos de graduação em Odontologia e os residentes com diferentes formações do PRMSF inseridos em realidade complexa e dinâmica [comunidade, recursos humanos, infraestrutura e rede de saúde] são desafiados a construir novas habilidades para uma atuação integral e humanizada, principalmente no que se refere ao processo de trabalhar em equipe e com famílias. Empregando ferramentas de abordagens da Saúde da Família, tem se identificado as famílias e as necessidades em saúde, bem como recursos e equipamentos sociais que podem servir de suporte nas ações de saúde [DITTERICH *et al.*, 2013].

Esta interação vem promovendo o trabalho em equipe por meio da criação de novas práticas, como auxílio em visitas domiciliares, acompanhamento de consultas, ações de educação e promoção da saúde, controle social, planejamento e programação local em saúde e integrando o ensino com o serviço a fim de gerar conhecimento e qualidade na atuação sobre a atenção primária à saúde [APS]. Também vale destacar que a graduação e a residência têm atuado em conjunto nas ações do Programa Saúde na Escola [PSE], puericultura e atenção à saúde na gestante, bem como nos diferentes programas de saúde. Desta forma, tem fomentado nos graduandos dos cursos da saúde o papel do crítico e reflexivo da realidade social a atuação como membro de uma equipe de APS preocupado com a garantia da integralidade [HOFELMANN *et al.*, 2015].

Desta forma, também tem fomentado nos graduandos em Odontologia o papel do profissional de saúde bucal, não só na sua área específica, mas como membro de uma equipe de APS preocupado com a garantia da

integralidade como princípio constitucional do SUS. Por isso, a atuação em conjunto da graduação e do PRMSF tem estimulado todos os atores envolvidos na importância da discussão sobre a reorientação na formação acadêmica; dos conceitos e preconceitos na atuação multiprofissional na Estratégia Saúde da Família; as dificuldades vivenciadas no cotidiano no trabalho em equipe, a forma de atuação em práticas individualizadas e coletivas, a autonomia compartilhada, a corresponsabilidade e o manejo diante das diferentes situações reconhecidas [DITTERICH *et al.*, 2013].

Como resultado dessa interação tem-se o crescimento profissional de todos os envolvidos, transpondo a barreira acadêmica, tradicionalmente voltada a uma formação individual focada apenas na profissão específica. Além disso, essas ações proporcionam à comunidade uma atenção integral à medida que o indivíduo passa a ser visto no âmbito biológico, psicológico e social, sentindo-se acolhido e vinculado à equipe de saúde.

A ARTICULAÇÃO ENTRE O CURSO DE ODONTOLOGIA E OS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU DA UFPR

Na UFPR, dois Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu tem fomentado a articulação com o curso de Odontologia da UFPR, são eles:

- Programa de Pós-graduação em Odontologia [PPGO] criado em 2009;
- Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva [PPGSC] criado em 2015.

Os dois Programas de Pós-Graduação têm auxiliado no fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. No PPGO tem-se oportunizado durante a formação do futuro docente, na disciplina Metodologia de Ensino em Saúde, reflexões críticas sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais da Odontologia e o uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem. Já na disciplina de Promoção e Supervisão de Saúde tem discutido aspectos das políticas indutoras na Gestão da Educação na Saúde: PET-Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde, e a formação crítica e reflexiva no contexto do SUS.

No PPGSC em relação à formação de novos docentes, há preocupação na disciplina de Planejamento e Gestão em Saúde em discutir as DCNs e a área de competência e atuação das 15 profissões regulamentadas na saúde no Brasil, o trabalho em equipe e a gestão da educação e do trabalho na saúde. Além disso, os mestrandos do PPGO e do PPGSC participam por meio da disciplina de Prática de Docência nas diferentes disciplinas do curso de Odontologia da UFPR, promovendo interação ativa entre os alunos da graduação e pós-graduandos de forma contínua.

Em comemoração aos 10 anos do PPGO da UFPR, em 2019, foi realizada pela primeira vez a Semana de Integração entre a graduação e pós-graduação em Odontologia nos dias 19 a 22 de março de 2019, com a finalidade de evidenciar essas atividades e ações e dar publicidade à comunidade dos frutos tanto na produção acadêmica como na sua inserção social.

A articulação entre a graduação e a pós-graduação tem sido extremamente relevante, pois tem promovido tanto pesquisas que retornaram aos cenários de práticas ou serviços do SUS, bem como, também vem provocando uma melhor reflexão crítica na qualificação de profissionais aplicada ao contexto loco-regional.

PARA ONDE QUEREMOS CAMINHAR...

Sendo assim, pode-se perceber que o curso de Odontologia da UFPR, historicamente, vem construindo de forma sólida e concreta a articulação da integração ensino-serviço-comunidade, destacando seu papel na formação de cirurgiões-dentistas preocupados com a realidade social que os cercam e contextualizadas às necessidades da população e do Sistema Único de Saúde [SUS]. Desafios atualmente estão postos, frente a repensar em uma nova reforma curricular que incorpore todas as atividades e ações já realizadas no curso e uma matriz curricular integrada, bem como, rediscutir a formação de um profissional generalista resolutivo, crítico e reflexivo, com foco na integralidade do cuidado em saúde, que atenda as demandas do mercado de trabalho e da população, tanto pública como privada.

O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA E A SUA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO- COMUNIDADE NOS CAMPOS GERAIS

Cristina Berger Fadel | Manoelito Ferreira Silva Junior

O Curso de Bacharelado em Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa [UEPG] foi criado pelo Decreto Federal n. 33.338 de 21/07/1953, no âmbito da Faculdade Estadual de Farmácia e Odontologia. O Reconhecimento do Curso foi oficializado pelo Decreto Federal 40.445 publicado no D.O.U. de 30/11/1956, e o desmembramento em Faculdade Estadual de Farmácia e Bioquímica e Faculdade Estadual de Odontologia de Ponta Grossa ocorreu através da Lei n. 5.261, de 13/01/66. A última renovação de reconhecimento do curso ocorreu pelo Decreto Estadual nº 868, publicado no D.O.E. n. 8.431 de 24/03/2011. Atualmente é um dos cursos de graduação em Odontologia mais bem avaliados do estado do Paraná, com histórico de bons indicadores nas avaliações do Ministério da

Educação e Cultura (MEC). Em 2010 e 2016, obteve conceito Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) cinco.

O Projeto Pedagógico atual do referido curso data de novembro de 2015, sendo aprovado pela Resolução UEPG /CEPE n. 042. Nele, está contemplada uma carga horária de 4.773 horas para a integralização do curso em no mínimo cinco e no máximo sete anos, com entrada anual de 60 alunos.

Em sua proposta pedagógica busca-se compor uma organização curricular em que os conteúdos estejam relacionados ao processo saúde-doença individual e coletivo em uma perspectiva integrada e interdisciplinar de conhecimentos e saberes que contribuam para a elucidação e a intervenção efetiva em saúde bucal. Também nesse ambiente pedagógico tem-se desenvolvido e qualificado as articulações entre o ensino, a pesquisa e a extensão, e em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação do cirurgião-dentista egresso do Curso de Odontologia da UEPG visa profissionais qualificados, críticos e reflexivos que contribuam com o desenvolvimento regional e atuem na prevenção e tratamento das doenças bucais da população de acordo com sua realidade social, cultural e econômica, de forma ética e humanística.

Adentrando neste contexto, a demanda pela qualificação de profissionais para os serviços e processos no campo da saúde pública tem gerado um redirecionamento e uma evolução nos métodos de ensino e de formação acadêmica. Esse viés vem fortalecendo a formação generalista e de enfoque multiprofissional, com intuito de atender integralmente as necessidades de saúde da população [DIAS *et al.*, 2016; ANJOS FILHO; SOUZA, 2016; LINS *et al.*, 2017].

Assim, a premência da expansão dos cenários formativos em saúde ocupa intensamente o espaço de discussão de gestores institucionais, devendo ser lateralizada rapidamente sobre as práticas de ensino, pesquisa e extensão, nos níveis de graduação e pós-graduação, incluindo os recentes programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) [NUNES, 2017; RIBEIRO, MENDES; SILVA, 2018].

Cabe então, a exposição de abordagens e vivências que ressoam na integração do conhecimento com os serviços de saúde locais e regionais na UEPG. Apesar de várias práticas apresentadas a seguir estarem interligadas entre si, permitindo, ao mesmo tempo, uma construção social e de saúde do mesmo objeto (a formação acadêmica qualificada); para fins de qualificação, optou-se pela estratificação nos cenários do ensino, da pesquisa e pós-graduação e da extensão universitária.

NO ÂMBITO DO ENSINO

Com o objetivo de que a ação que não se reduza a esfera técnico-científica de atuação do cirurgião-dentista e não se distancie da realidade epidemiológica e social encontrada nas comunidades e na população em geral, as tratativas do Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais [DCNs] para os cursos de graduação em Odontologia [BRASIL, 2002] apontam mudanças necessárias na formação dos recursos humanos.

Para adequar a formação dos futuros cirurgiões-dentistas às normativas anteriormente expostas, o projeto pedagógico do Curso de Odontologia da UEPG organiza-se em espaços de integração ensino-serviço-comunidade na forma de disciplinas de estágios supervisionados, em diferentes pontos da rede de atenção à saúde do município. Estas disciplinas com caráter de estágio curricular obrigatório têm levado o aluno à participação ativa e à coautoria de seu processo formativo de aprendizagem significativa, mostrando-se promissoras no desenvolvimento de sua autonomia, capacidade crítica e humanística.

O estabelecimento desta integração entre ensino e serviço de saúde teve início, no referido curso, no ano de 2007, com a inserção de alunos na Atenção Primária à Saúde, considerando-se a totalidade de unidades do município com Estratégia de Saúde da Família (n=14), e estende-se até os dias atuais. Principalmente a partir do novo projeto pedagógico do curso, implantado em 2016, houve a incorporação de metodologias diferenciais no estágio no SUS, visando um aspecto mais amplo de benefício para a comunidade. Nesse sentido, a integração ensino-serviço, pautada na

formação acadêmica e na integração com os serviços de saúde, passa a ter novas perspectivas, centradas na comunidade, a quem de fato mais interessa a integração, demonstrando maior impacto social da instituição de ensino em questão.

Dentro das atividades já desenvolvidas durante o estágio, com práticas coletivas e individuais, foi inserido como objetivo do estágio, o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção (PI). O Projeto de Intervenção é seguido como uma proposta de ação construída de forma coletiva entre alunos, tutores (professores), preceptores (cirurgiões-dentistas), equipe de saúde e comunidade, a partir da identificação de problemas ou necessidades da população adscrita. Para isso, considera-se a realidade local do território, a governabilidade dos agentes envolvidos e a logística de implantação.

O desafio institucional atual em relação aos Projetos de Intervenção é a atuação sob a perspectiva de continuidade, uma vez que a disciplina de estágio no SUS é semestral. Para tanto, vêm-se disseminando a ideia e a importância dos resultados conquistados junto aos futuros alunos e tentando o apoio permanente da equipe de saúde local e da comunidade. Vale salientar que os projetos não são direcionados exclusivamente a ações no âmbito da saúde bucal, mas sob perspectivas de bases amplas e interdisciplinares. Apesar do pouco tempo de implantação dessas práticas em saúde, os resultados mostram que a experiência tem sido bastante positiva, com benefícios para todos os atores envolvidos.

Além disso, a instituição tem ofertado disciplinas dentro do campo da saúde coletiva de forma integrada com os cursos de Serviço Social, Odontologia, Medicina, Enfermagem, Farmácia e Educação Física. As chamadas disciplinas integradoras, de caráter optativo, têm também ofertado práticas diferenciadas em educação permanente e educação popular durante o trabalho interdisciplinar, em algumas unidades de saúde do município.

Ressalta-se também que o Curso de Odontologia e a UEPG têm desenvolvido protagonismo na adesão às políticas estratégicas do Ministério da Saúde e Educação para qualificar a formação no campo da saúde, com participação efetiva nos editais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [BRASIL, 2007], da Residência Multiprofissional em

Saúde [BRASIL, 2005; 2007; 2009], do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde [Pró-Saúde] [BRASIL, 2005; 2007] e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde [PET-Saúde] [BRASIL, 2008; 2010].

NO ÂMBITO DA PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

O Projeto Pedagógico atual do Curso de Odontologia da UEPG conseguiu estreitar a aproximação do curso com os serviços de saúde e comunidade, também por meio de atividades vinculadas aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais [HURCG].

Idealizada em 2005, a RMS vem ganhando espaço como uma estratégia promissora de Educação Permanente em Saúde, com alto potencial de transformação do perfil profissional atuante do Sistema Único de Saúde e do padrão assistencial prestado, pois busca romper a fragmentação entre os saberes das diversas profissões, permitindo a complementariedade entre as práticas [MIRANDA *et al.*, 2017].

Dentre os mecanismos pensados para tal fim, a integração ensino-serviço-comunidade talvez seja o aparelhamento estratégico de maior impacto. Favorecer a reorientação da formação na área da saúde, tendo como pontos de sustentação os princípios da integralidade do cuidado e da humanização em saúde, sem dúvida, tem sido facultado pela RMS, por meio da quebra da dicotomia entre ensino e serviço de saúde. Desta forma, o sítio pedagógico não se esgota na detenção teórica do conhecimento, mas exige a vivência de distintos cenários de ensino-aprendizagem e de seus desdobramentos, visando o desenvolvimento, além da técnica, também da criatividade e criticidade no trabalho.

Nesse seguimento de que além do saber técnico desenvolvido na formação profissional, o campo da saúde deve fornecer respostas imediatas para a sociedade, o HURCG - UEPG tem ofertado anualmente vagas para estagiários do Curso de Odontologia nos recentes programas de Residência Uniprofissional em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e nos

programas de Residência Multiprofissional em Saúde, nas áreas de Saúde do Idoso, Intensivismo e Neonatologia.

Assim, a proximidade do Hospital e da Universidade tem estreitado a atuação destes acadêmicos não somente no ambiente intra-hospitalar, atendendo a uma demanda historicamente reprimida de cuidados odontológicos no processo de trabalho dos serviços de atenção hospitalar à saúde na região dos Campos Gerais; mas também no ambiente extra-hospitalar, uma vez que profissionais residentes e acadêmicos operam, de forma multidisciplinar, diretamente em benefício assistencial à saúde das populações.

NO ÂMBITO DA EXTENSÃO

Modernamente considera-se que a vivência da extensão universitária enriquece de maneira singular a formação no ensino superior, sendo que o contato com esse universo pode contribuir para a busca futura de qualificação profissional.

Participar de atividades de extensão, além de conectar o conhecimento teórico com as possibilidades práticas, é uma maneira de integrar as ações e fortalecer o potencial das instituições formadoras de desenvolver capacidades e habilidades de maneira qualificada (RIBEIRO; MENDES; SILVA, 2018), além de constituir meio profícuo para a realidade social, econômica e de saúde da população.

No Brasil, durante a década de 60 e sob pressão do Movimento Estudantil algumas universidades voltaram suas ações a populações carentes, com caráter assistencialista. Em consonância a esse fato, em 1966, dá-se a criação do Projeto Rondon, pelo então governo militar, caracterizado por iniciativa imediatista e pontual com o intuito de se engajar a esse plano desenvolvimentista e tecnicista. No entanto, no mesmo ano, e ampliando tal política, houve a adoção de medidas de cunho permanente, culminando na criação dos Centros Rurais Universitários de Treinamento e Ação Comunitária [CRUTAC].

Na região dos Campos Gerais, mais especificamente nos distritos de Itaiacoca e Guaragi, no ano de 1974, surgem então unidades de prestação de serviços odontológicos nos moldes CRUTAC, sendo o centro em Itaiacoca o único em funcionamento intermitente no país. A manutenção desse campo de extensão universitária e da arraigada integração entre ensino e serviço de saúde é motivo de orgulho para a instituição, fruto também da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do município de Ponta Grossa e o núcleo extensionista da UEPG.

Além disso, o curso de Odontologia da UEPG vem participando de forma significativa de outras frentes extensionistas, não permanentes, como o Programa Universidade sem Fronteiras e o Projeto Rondon, dentre outros programas e projetos locais, regionais e nacionais de saúde.

No entanto, ainda que a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão seja um princípio constitucional desde 1988, a discussão da inclusão formal das práticas extensionistas nas grades curriculares institucionais pode ser considerada objeto contemporâneo e foco de políticas públicas. Nesse sentido, o atual Plano Nacional de Educação 2014-2024 reitera o desafio de assegurar que no mínimo 10% dos créditos dos cursos de graduação sejam integralizados por meio de atividades de extensão, prioritariamente aquelas de grande relevância social [BRASIL, 2014].

Na UEPG e, em especial, no Curso de Odontologia, as discussões sobre a curricularização da extensão, por meio da graduação e pós-graduação, são postas como um desafio atual e carecerá de profunda rede de discussão com o envolvimento de gestores de órgãos colegiados internos, docentes, funcionários e alunos com vistas às adequações necessárias para a implementação da extensão nos moldes demandados pelas políticas públicas vigentes.

CENÁRIOS FUTUROS

Diante da trajetória histórica da integração ensino-serviço-comunidade no curso de Odontologia da UEPG, faz-se aqui necessário

o reconhecimento dos esforços praticados ao longo de décadas por seu corpo docente, discente e gestor em prol da luta pela integralidade no cuidado à saúde da população adscrita à Região dos Campos Gerais, permitindo que tal integração atue, de forma relevante, como instrumento viabilizador e potencializador do processo formativo em saúde do futuro cirurgião-dentista, preocupando-se em gerar mudança e desenvolvimento à comunidade local e regional.

Ainda que o fruto dessa integração seja a contribuição para a formação de um profissional apto ao trabalho não somente sob o viés tecnicista, mas na perspectiva do SUS, e que haja um constante movimento de avanço no desenvolvimento social, e não apenas no âmbito da saúde.

Finaliza-se inferindo que, apesar da mensuração quantitativa ser frágil e questionável para avaliar a contribuição e o impacto social de um curso na sua região de abrangência, os resultados da atuação do Curso de Odontologia da UEPG têm se mostrado expressivos, motivadores e indutores de novas articulações ensino-serviço-comunidade. Esforços continuados têm sido praticados em prol da adequação aos novos cenários e desafios impostos pelos tempos e conhecimentos atuais.

O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA E SUA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA REGIÃO DE LONDRINA-PR

Maria Celeste Morita | Lucimar Aparecida Britto Codato

O curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL) tem buscado a integração ensino-serviço de saúde desde a década de 70. Nessa época o curso ofertava estágios curriculares e estágios vinculados à extensão em unidades-escola situadas na zona rural, nos distritos de Paiquerê, Guaravera e Irerê. Naquele momento, a aproximação entre ensino e serviços tinha pouca sustentabilidade, pois dependia de ações voluntárias e ideológicas de docentes e estudantes [MORITA; KRIGER, 2004].

A maneira pela qual os estudantes de Odontologia da UEL passaram a realizar estágios extramuros teve grande conexão com o desenvolvimento dos serviços de saúde. Na década de oitenta prevaleciam nos serviços públicos dois tipos de atendimentos: o primeiro relativo à

livre demanda nos então denominados Postos de Saúde, nos quais os procedimentos ofertados eram basicamente restritos aos mutiladores, ou seja, as restaurações (em menor número) ou as extrações. O segundo era baseado no Sistema Incremental, que fazia o uso de equipamentos de tecnologia simplificada e centrava esforços em escolares de 6 a 12 anos. Geralmente os serviços eram itinerantes e instalados dentro das escolas, atendendo apenas a população alvo do Programa.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as Instituições de Ensino Superior (IES) públicas do Paraná foram chamadas a integrá-lo, por meio de convênios de prestação de serviços, semelhantes aos dos hospitais universitários. A ação indutora do convênio com o SUS trouxe para a UEL o desafio de melhorar seu sistema de referência e contrarreferência com os serviços da região e estabelecer um lócus de formação dos estudantes em conexão mais estreita com a realidade externa dos serviços.

Neste contexto, entre os anos 1988 e 1998, o curso de Odontologia da UEL, acompanhando o Modelo Incremental vigente à época, realizava ações de aproximação da formação com a realidade dos serviços em uma escola municipal denominada Carlos Kraemer. Como o Sistema Incremental não atendia aos princípios doutrinários e organizativos do SUS, esse modelo foi sendo substituído pela presença crescente dos serviços de Odontologia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), movimento que também orientou a necessidade de estágio nesses espaços. Por consequência, a unidade extramuro situada na referida escola foi desativada e os estudantes passaram a atuar diretamente nas UBS.

Nos anos 90, importantes avanços na formação multi e interprofissional dos estudantes foram amparados pelo Projeto União com a Comunidade (UNI) financiado pela fundação Kellogg's, por meio do qual foram incentivadas ações e projetos com ampla atuação dos estudantes da área de saúde, entre os quais os de Odontologia, na comunidade.

Atualmente o curso de Odontologia da UEL é ponto da rede de cuidados do SUS. Além dos atendimentos realizados nas clínicas integradas, presta serviço para a população por meio do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) o qual é situado dentro dos muros da Clínica Odontológica

Universitária [COU], da Bebê Clínica e do Pronto Socorro Odontológico, o qual funciona 24h por dia para atender as demandas espontâneas relativas a urgências e emergências. Realiza também diagnóstico por imagem e exames histopatológicos para diversos municípios do PR atendendo as 16ª,17ª,18ª,19ª e 22ª Regionais de Saúde do Paraná. Essas parcerias são institucionalizadas e acontecem, prioritariamente, por meio do sistema de referência e contrarreferência.

A participação do curso de Odontologia da UEL no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional [PRÓ-Saúde] e no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde [PET-saúde] foi muito importante para o fortalecimento da integração ensino-serviço de saúde. Esses projetos alavancaram o desenvolvimento de trabalhos entre docentes, estudantes, profissionais de diversas áreas dos serviços de saúde com e para a população, a partir de diagnósticos, identificação e priorização de demandas que fossem prioritárias para o cuidado da população e, desta forma, oportunizaram momentos significativos de ensino-aprendizagem entre todos os envolvidos.

Outro avanço diz respeito à participação da Odontologia da UEL na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a qual tem se mostrado um valioso instrumento para a formação profissional em consonância com a realidade e demandas do SUS.

Desde os anos 2000, o curso de Odontologia da UEL, em parceria com os serviços municipais de saúde da região metropolitana de Londrina, realiza estágios supervisionados em UBS, nos quais os estudantes do quarto e do quinto ano ficam quatro horas semanais durante todo o período letivo. A UEL também auxilia esses municípios em todas as etapas dos levantamentos epidemiológicos periódicos que apoiam o planejamento e a avaliação dos serviços na região. Uma intensa parceria se estabelece entre os municípios de Londrina, Cambé, Ibiporã e, mais recentemente, Rolândia.

Importante relatar que o entendimento e a aceitação dos espaços extramuros de ensino-aprendizagem têm sido crescentes, porém não são lineares entre todos os docentes do curso. Algo esperado em ambientes plurais. Ao longo do tempo, o trabalho do Colegiado do curso e do Núcleo Docente Estruturante [NDE] tem possibilitado sucessivas aproximações em

relação aos pressupostos das DCN e também aos dos demais instrumentos que apontam a necessidade de integrar ensino-serviço de saúde. É algo processual, positivo e necessário para que se tenha um ensino-aprendizagem atrelado às demandas educacionais de cada momento.

Tem-se vivenciado expressivos avanços na formação do estudante por meio dos estágios em UBS, tanto em questões específicas de núcleo quanto nas de campo.

Atividades de núcleo na saúde referem-se a áreas do saber e de práticas profissionais específicas de determinada profissão. As atividades de campo são possíveis para várias profissões.

Os estudantes realizam atividades de promoção, prevenção e assistência relativas ao núcleo específico da Odontologia, necessárias e importantes para a formação, porque possibilitam a repetição das técnicas e o consequente desenvolvimento da destreza. Desenvolvem essas atividades com os instrumentos e materiais que têm à mão, muitas vezes diferentes dos que utilizam dentro dos muros da Universidade. Possibilita o desenvolvimento da crítica, da reflexão, da tomada de decisões do aprender a aprender a partir do que é possível, dentro dos recursos disponíveis. Portanto é uma excelente e necessária preparação para o ingresso e manutenção no mercado de trabalho.

É importante destacar que, durante o estágio em UBS, o estudante de Odontologia não se limita à realização das ações de núcleo da sua área de formação. Ele pode realizar visitas domiciliares, participar de reuniões de equipe, e participar de trabalhos multi e interprofissionais, desde que consentidas pelos seus preceptores, algo fundamental e indispensável para a formação de futuros profissionais de saúde.

A formação profissional não se limita à prevenção, diagnóstico, prognóstico, tratamento e reabilitação das doenças em ambientes restritos. Além da competência técnica, espera-se que o processo formativo desperte no estudante valores relacionados ao conceito ampliado de saúde, atenção à saúde, integralidade da atenção, ética, indissociabilidade entre teoria e prática, trabalho interprofissional e interdisciplinar, humanização da atenção

e reconhecimento do caráter social do processo saúde-doença [CODATO, 2015]. Espera-se que o estudante de Odontologia compreenda que será um futuro profissional da área de saúde e não somente profissional de núcleo de Odontologia, e que suas ações estejam pautadas na humanização da atenção por meio do vínculo e do acolhimento da população adscrita ao território da UBS em que atua.

Os estágios em UBS têm se mostrado muito relevantes para que os estudantes aprendam a aprender a partir das diversas conjunturas que incluem as necessidades dos usuários dentro das realidades de cada UBS. Porém, há desafios: a prática de determinadas ações dos estudantes depende da abertura dos preceptores, do interesse e envolvimento de cada estudante. As supervisões são indiretas, para as quais os professores deslocam-se com seus próprios carros e arcam com as despesas desse deslocamento. O número de docentes envolvidos é pequeno para a realização da supervisão de 60 duplas de estudantes em várias UBS da região metropolitana de Londrina. Sob esse aspecto, mesmo depois de quase quarenta anos de experiências exitosas, os estágios de Odontologia nos serviços de saúde ainda dependem de um alto grau de adesão “voluntárias e ideológicas” de docentes, estudantes, preceptores e gestores dos serviços. Há outros desafios relativos à conciliação de horários disponíveis pelos preceptores com os horários dos estudantes, necessidade de compatibilizar férias, licenças-prêmio ou para tratamento de saúde dos preceptores que acontecem durante o período dos estágios.

Além dos estágios, a integração ensino-serviço de saúde também é instrumento para o ensino-aprendizagem de estudantes da 1ª à 3ª séries por meio de visitas que são realizadas nos espaços de cuidado da atenção básica, média e alta complexidade em variados espaços de gestão, vigilância sanitária e epidemiológica. São ricos momentos de aprendizagem, a partir do conhecimento e vivências nos espaços dos serviços que possibilitam o aprendizado ativo, em cenários reais. Essas atividades objetivam incitar nos estudantes a reflexão sobre a amplitude das possibilidades de atuação de campo do cirurgião-dentista, como futuro profissional de saúde, para além da cadeira odontológica. Somado ao fato que esses espaços de ensino-aprendizagem favorecem a compreensão da realidade e com as demandas do serviço público de saúde.

O curso de Odontologia da UEL tem procurado fortalecer a integração ensino-serviço de saúde por meio de participações em demandas advindas dos serviços de saúde, como parcerias para realização de levantamentos epidemiológicos e em protocolos de atendimentos. Tem realizado ciclos de atualização em saúde bucal para dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal que recebem os nossos estudantes. São momentos muito ricos para o estreitamento do vínculo, fortalecimento da comunicação. Os temas desses encontros são apontados pelos próprios profissionais, nas reuniões para início dos estágios e também nas avaliações que são feitas ao término de cada ciclo. Esses encontros são muito especiais para os docentes, estudantes e profissionais envolvidos porque possibilitam trocas e as interações entre todos, são ricos momentos para o estreitamento do vínculo e para o ensino-aprendizagem de todos os presentes. Sem dúvida, são momentos intensos de integração ensino-serviço de saúde.

Temos a clareza que integrar ensino-serviço de saúde é complexo e processual. Envolve compreensões individuais e coletivas, requer fortalecimento da comunicação por meio da verbalização de sentimentos, expectativas e intencionalidades. Além do cumprimento de uma diretriz educacional, a constante busca da integração ensino-serviço de saúde nos move e motiva pelo fato de que temos experienciado no concreto vivido o quanto ela enriquece o processo ensino-aprendizagem. Também nos estimula o fato de a UEL ter uma história de integração ensino-serviço de saúde que vem sendo construída ao longo de algumas décadas. Desafios, demandas e superações sempre permearão essa integração, tanto para a UEL quanto para os serviços de saúde. Esse enfrentamento cabe a esse binômio porque são instituições públicas que pertencem e servem à mesma sociedade.

O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ E SUA INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO NA REGIÃO DE MARINGÁ-PR

Mitsue Fujimaki

TRAJETÓRIA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO A PARTIR DO CURRÍCULO INTEGRADO

O Curso de Odontologia da UEM iniciou suas atividades em agosto de 1988 com um currículo tradicional fragmentado, no qual as disciplinas básicas ocorriam na primeira série, as disciplinas pré-clínicas na segunda e terceira séries, e disciplinas clínicas nas quarta e quinta séries. Desde o início da primeira turma, os Professores Guilherme Simões Gomes, Carlos Alberto Conrado, Carlos Roberto Colombo Robazza e Andreas Tumang, desenvolveram atividades como assessores para a criação de uma proposta curricular inovadora, tendo o apoio logístico do CNPq e financiamento da Fundação Kellogg. Esta recebeu pareceres favoráveis da Coordenadoria de

Infraestrutura de Sistemas de Saúde da OPAS [Organização Panamericana de Saúde], da ABENO [Associação Brasileira de Ensino Odontológico], da ALAFO [Associação Latino-americana de Faculdades de Odontologia], do IPEA [Instituto de Planejamento Econômico e Social] do Ministério da Economia, da AMO [Associação Maringaense de Odontologia], da Rede CEDROS [Rede para a Cooperação em Estudos e Desenvolvimento de Recursos Odontológicos para o Sistema de Saúde] no Rio de Janeiro e de professores de Faculdades de Odontologia de todo o Brasil. Em 1992, a partir do estudo e empenho de um grupo de professores, uma proposta curricular de caráter inovador foi implantada: o currículo multidisciplinar integrado. Este currículo tem como objetivo a formação de um egresso com conhecimentos, habilidades e competências para produzir modificações significativas nos problemas da população da região, do estado e do país. Estas modificações mostraram-se necessárias, pois a formação de recursos humanos em Odontologia à época ocorria majoritariamente para a atuação em clínicas privadas, atenção individualizadas e de altos custos. Além disso, verificava-se grande prevalência de doenças bucais na população, em um crescente número de escolas de Odontologia. Assim, o currículo integrado do Curso de Odontologia da UEM surgiu como uma proposta inovadora no país com a finalidade de desenvolver a consciência crítica e a sensibilidade social ao futuro profissional. As modificações propostas pela reforma curricular em 1992 já contemplavam, em sua maioria, as diretrizes curriculares nacionais aprovadas posteriormente em 2002. O currículo integrado é estruturado tendo em vista a integração entre as áreas básicas, pré-clínicas e clínicas, oportunizando ao aluno um aprendizado clínico e a aplicação dos fundamentos teóricos estudados. Além disso, para as disciplinas profissionalizantes, buscou-se uma integração mais ampla entre as disciplinas básica, laboratorial, clínica e social, de modo que o aluno possa observar, vivenciar e compreender os múltiplos fatores que alteram o equilíbrio indivíduo-ambiente, integrando equipes de saúde, na busca de soluções para os problemas da população. Assim, o processo de aprendizagem foi baseado em uma espiral ascendente, de modo a eliminar sobreposições desnecessárias, mas com aprofundamento nos assuntos, em níveis de complexidade crescente [TERADA; NAKAMA, 2004].

O currículo integrado busca formar profissionais com uma

visão integral da realidade social e da saúde, com enfoque preventivo, favorecendo a intervenção nos problemas de saúde em suas etapas mais precoces. Para oportunizar esta formação, foram construídas parcerias para a diversificação dos cenários de aprendizagem no SUS, que têm sido de fundamental importância para o desenvolvimento das atividades junto à comunidade. A carga horária de estágio no Curso de Odontologia da UEM atualmente é de 1.015 horas, distribuídas nos 5 anos do curso. O município de Maringá-PR tem sido um grande parceiro da universidade, oportunizando a atuação dos alunos da graduação há mais de 25 anos, desde as primeiras turmas do currículo integrado. E a parceria com o município de Marialva-PR iniciou-se em 2007, a partir do projeto aprovado pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde I). As políticas indutoras nacionais para a melhoria da formação profissional na saúde impulsionaram as mudanças e produziram impactos importantes na trajetória do curso de Odontologia da UEM, iniciada pelo PRÓ-Saúde I (TERADA *et al.*, 2010), seguida pelo PRÓ-Saúde II, III e fortalecida também pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), nas suas diversas versões. Vale ressaltar que o currículo integrado tem sido a base para as mudanças, que não são estanques e pontuais, mas se concretiza a partir de um grupo de trabalho que discute, reflete e coloca em prática de maneira dinâmica, realizando alterações sempre que necessário, para atender as demandas de aprendizagem dos estudantes, de operacionalização pelo corpo docente e da necessidade da população. Assim, houveram muitos avanços, mas também retrocessos, a depender da conjuntura e da compreensão dos atores envolvidos. Até que haja uma clareza e consciência das pessoas sobre o papel do SUS no desenvolvimento sustentável do país, e também, sobre o papel do SUS na formação de recursos humanos adequados às necessidades locais, para atuação nos setores público e privado, estaremos ainda em ciclos de avanços e retrocessos, até que entremos numa escalada para um objetivo comum.

Desde 2000, o Departamento de Odontologia passou a ofertar cursos de especialização e atualização em diversas áreas clínicas. Destaca-se também o Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, que funciona desde 2002, em parceria com o Hospital

Universitário Regional de Maringá - UEM. Mais recentemente, em 2014, foram criados 6 novos Programas de Residência em área profissional da saúde, nas seguintes especialidades da Odontologia: Endodontia, Odontopediatria, Periodontia, Prótese dentária, Radiologia Odontológica e Imaginologia e Saúde Coletiva e da Família.

Em 2008, foi criado o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada em nível de Mestrado Acadêmico e em 2015, o Doutorado Acadêmico.

Além das atividades de ensino na graduação e pós-graduação, também são realizadas atividades de extensão e pesquisa, regionalmente, em parceria com a 15ª Regional de Saúde do Paraná e no estado, por meio da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, tendo em vista as competências das universidades estaduais, descritas na Linha Guia da Saúde Bucal do Estado do Paraná [PARANÁ, 2016], cumprindo o seu papel de melhorar a sociedade.

FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS

As práticas interprofissionais colaborativas têm sido um grande desafio para o Sistema Único de Saúde, e por isso as mudanças no ensino são necessárias para que a vivência do trabalho interprofissional possa ocorrer durante graduação. A partir das experiências da Política Nacional de Educação Permanente, do PRÓ-Saúde e PET-Saúde, que ocorreram na UEM, em 2016, com um processo meticuloso de organização dos cursos da saúde, foi criação de uma disciplina curricular obrigatória comum envolvendo 7 profissões (Biomedicina, Farmácia, Enfermagem, Medicina, Odontologia, Psicologia e Educação Física). Esta disciplina ocorre em 3 municípios na região Noroeste do Paraná, em 21 UBSs (Figura 1). Os alunos são divididos em grupos tutoriais compostos por acadêmicos de todos os cursos, um docente e um preceptor (profissional servidor do município), previamente capacitados. Nesta disciplina que ocorre na primeira série da graduação, as equipes ficam responsáveis por reconhecer o território, identificar problemas, conhecer a rede de atenção à saúde, observar as práticas de

acolhimento, comunicação, humanização, prevenção e promoção da saúde no serviço. Além disso, as equipes interprofissionais realizam intervenções a partir da identificação dos problemas, construção coletiva e execução junto com a equipe interprofissional da UBS e comunidade [BRASIL, 2018]. Já no primeiro ano de realização desta disciplina, esta experiência mostrou benefícios da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, enriquecimento para a formação profissional em relação ao mercado de trabalho e ao atendimento das necessidades de saúde da população e a inserção no serviço público [ROCHA *et al.*, 2017]. Os acadêmicos avaliaram positivamente as práticas interprofissionais colaborativas para uma formação qualificada [SARAIVA *et al.*, 2018].

FIGURA 1 - Atividades interprofissionais desenvolvidas na comunidade, por acadêmicos de 7 cursos da saúde, em parcerias com a equipe da UBS e comunidade.



CLÍNICAS INTRAMUROS

A clínica odontológica da UEM é vinculada ao SUS, realizando atendimentos da atenção primária e secundária na graduação (a partir da

2ª série) e pós-graduação lato e stricto sensu. A clínica oferta serviços de urgência, tratamentos odontológicos em geral, além de atendimentos a grupos específicos: usuários com traumatismo dental, lesões bucais, bebês, pacientes oncológicos, renais, portadores de dor orofacial, necessidade de prótese total, escolares em vulnerabilidade social, dentre outros. A regulação do acesso assistencial da clínica de graduação e do Centro de Especialidades Odontológicas [CEO] ocorre por meio da Secretaria de Saúde de Maringá e do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense [CISAMUSEP]. Em 2007, um grupo iniciou a discussão dos dispositivos da Política Nacional de Humanização e por meio da educação permanente em saúde, foram implantadas a Clínica Ampliada [HAYACIBARA *et al.*, 2012] e a Comissão Permanente de Avaliação da Clínica Ampliada [COPACA], que desde então, tem levantado problemas e discutido coletivamente as soluções, avançando e retrocedendo em ciclos contínuos de progresso [Rocha *et al.*, 2017]. Esta foi reconhecida como uma experiência exitosa em comemoração dos 10 anos da Política Nacional de Humanização. [<http://redehumanizaus.net/clinica-ampliada-a-odonto-alem-da-boca-uma-experiencia-em-maringa-pr/>].

GESTÃO EM SAÚDE BUCAL

O processo de qualificação da gestão em saúde bucal, que tem ocorrido no estado do Paraná desde 2010 [FUJIMAKI *et al.*, 2019], também descrito no Capítulo 6 deste livro, tem o objetivo de empoderar profissionais para o diagnóstico de aspectos importantes da gestão e atenção à saúde bucal, estudo, discussão em equipe, construção coletiva de propostas e intervenção na rotina diária do serviço. Esta capacitação tem ocorrido em diversos municípios do estado do Paraná e também para os alunos de graduação e pós-graduação. Verifica-se que há uma ampliação da visão sobre o papel do profissional do SUS, do papel dos alunos da graduação e pós-graduação nas atividades realizadas na clínica odontológica na UEM e nos campos de estágio, despertando o senso crítico, a iniciativa e o protagonismo para as mudanças necessárias [BRASIL, 2018].

INTEGRAÇÃO GRADUAÇÃO-PÓS-GRADUAÇÃO

O programa de pós-graduação em Odontologia Integrada da UEM foi criado em 2008 e, desde então, tem auxiliado no fortalecimento da integração ensino-serviço, além de oportunizar durante a formação do futuro docente reflexões críticas sobre as diretrizes curriculares nacionais para os Cursos da saúde. São ofertadas aos acadêmicos de mestrado 2 disciplinas: Formação de Recursos Humanos e Políticas de Educação e Saúde I e II, nas quais são discutidos aspectos das políticas de Educação e de Saúde, no intuito de ampliar a compreensão do papel do SUS na formação profissional na saúde. São realizadas análises das propostas político-pedagógicas de diferentes cursos de instituições públicas e privadas no país, visitas aos campos de estágio, problematização a partir de relatos de prática e construção de propostas de modificações na estrutura curricular do curso da UEM e nas atividades de estágio. Além disso, os pós-graduandos participam das equipes da clínica ampliada, realizando o estudo de casos clínicos junto com os acadêmicos, docentes e técnicos.

A integração graduação-pós-graduação tem sido positiva para todos os envolvidos, que aprendem com a vivência no SUS, o trabalho em equipe buscando a integralidade da atenção, o empoderamento e autonomia do usuário.

GAMINHOS TRILHADOS

A história e trajetória do curso de Odontologia da UEM desde a implantação do currículo integrado em 1992 é marcada pela interação e integração com os municípios, que oportunizam aos alunos a vivência de práticas de cuidado no SUS. A diversificação dos cenários de aprendizagem tem se mostrado um caminho de mão dupla, no qual as vivências tanto concretizam o aprendizado e amadurecimento para os alunos, quanto oportunizam uma interação positiva e necessária do acadêmico com a comunidade, dando respostas às necessidades locais de saúde e de educação em saúde.

Muitos avanços podem ser percebidos ao longo dos 30 anos do Curso de Odontologia da UEM, entretanto, muitos desafios ainda persistem. E também, novas necessidades nascem do contexto social, cultural, tecnológico e político a cada dia, para que sejam enfrentados com motivação, persistência, dedicação e comprometimento. A formação de profissionais qualificados, éticos, com autonomia para o autoaprendizado e para promover a autonomia do usuário e da comunidade para o autocuidado é desejada.

Assim, a universidade tem buscado ser uma usina de ideias e iniciativas, a partir de bons exemplos, estudo, reflexão propositiva e de práticas inovadoras para geração de conhecimento, que motivem profissionais, gestores, acadêmicos e comunidade em geral para um objetivo comum: a saúde, em seu sentido mais amplo, enquanto instrumento para o bem-estar, qualidade de vida e felicidade.

O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ E SUA INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ

Mariângela Monteiro de Melo Baltazar | Marina Berti

ORIGEM E ESTRUTURAÇÃO

O curso de odontologia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná [UNIOESTE], implantado dentro da proposta de criação desta universidade, enfrentou grandes barreiras para chegar à posição que ocupa dentro da odontologia brasileira. Foi criado a partir do parecer nº. 137/94 do Conselho Estadual de Educação e pela portaria nº. 1.784/94 do Ministério da Educação. Internamente o Conselho Universitário deliberou pela criação do curso pela resolução nº 12/95, que aprovou o projeto político pedagógico e pela resolução nº 13/1995, aprovou o currículo pleno.

Em 1995 ocorreu a implantação, entretanto apenas em 08/05/1996 o Conselho Estadual de Educação autorizou o funcionamento e seu reconhecimento se deu pelo Decreto nº 5.359/02 do Governo do Estado do Paraná, de 21 de fevereiro de 2002, e o primeiro vestibular aconteceu em janeiro de 1995 com oferta de 20 vagas [PARANÁ, 2002]. Após sete anos, em janeiro de 2002, a primeira turma de cirurgiões-dentistas formados pela UNIOESTE colou grau.

Na evolução pedagógica do curso, seu projeto foi alterado por meio das resoluções 212/96-CEPE, 170/2003-CEPE, 193/2003-CEPE, 442/2005-CEPE e 040/2007, e regulamentou o trabalho de conclusão do curso de odontologia por meio da resolução 160/2004-CEPE, as disciplinas profissionalizantes, pela Resolução nº 241/2005-CEPE e o estágio supervisionado do curso pela Resolução nº 432/2005-CEPE. Teve seu reconhecimento renovado pelo Decreto nº 3.621/2016 [PARANÁ, 2016]. Atualmente são ofertadas 40 vagas e em 2018 a 17ª turma do curso de odontologia concluiu o curso totalizando 680 cirurgiões-dentistas formados pela UNIOESTE.

Hoje, o corpo docente é formado por 54 docentes efetivos sendo 36 doutores, 5 mestres e 3 especialistas, e 12 docentes colaboradores contratados em regime temporário sendo estes, 10 doutores, 1 mestre e 1 especialista.

PERFIL DO PROFISSIONAL

O curso busca proporcionar ao graduado um perfil educacional baseado nas diretrizes curriculares para curso de odontologia [Resolução CNE nº 03/2002] proporcionando ao aluno o contato precoce com os problemas que acometem a sociedade.

As atividades do cirurgião-dentista devem voltar-se para o campo do diagnóstico e da prevenção dos agravos mais incidentes na população, como cárie dental, doenças periodontais, oclusopatias, fissuras labiopalatinas, lesões da mucosa buco-dental e câncer [Resolução n. 336/2009-CEPE de 29/12/2009].

PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO

De acordo com o projeto Político-Pedagógico vigente [Resolução nº 336/2009-CEPE de 29/12/2009] o curso tem 5.304 horas aula distribuídas ao longo de 5 anos, e são ofertadas as disciplinas de Anatomia Geral e Buco Dental, Materiais Dentários I, Bioquímica, Histologia Geral e Buco Dental, Biologia Celular, Metodologia e Técnicas de Pesquisa em Saúde, Odontologia em Saúde Coletiva I, Microbiologia Geral e Buco Dental e Imunologia. Na segunda série; Dentística Operatória, Anestesiologia e Biossegurança, Farmacologia e Terapêutica Odontológica, Radiologia Odontológica e Imaginologia, odontologia em Saúde Coletiva II Patologia Geral e Buco Dental Odontologia Legal , Ética e Orientação Profissional I, Semiologia Bucal e Radiológica e Oclusão e Escultura Dental Na terceira série o aluno com o primeiro estágio supervisionado do curso na disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva III.com a Clínica da Família, além das disciplinas: Cirurgia e traumatologia bucomaxilo facial I, Prótese I, Dentística Restauradora I, materiais Dentários II, e Estomatologia e Diagnóstico Bucal. Na quarta série do curso as disciplinas de Cirurgia e Traumatologia bucomaxilo facial II, Prótese II, Dentística Restauradora II e Periodontia II, somam-se à Endodontia, Odontopediatria e Ortodontia. Na quinta e última série do curso os alunos têm estágios supervisionados no ambiente clínico nas disciplinas de Clínica Integrada do Adulto, Clínica Integrada Infantil e Diagnóstico Integrado. Os estágios supervisionados fora do ambiente clínico, denominados estágios extramuros, acontecem na disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva IV. Além dos estágios, fazem parte da grade da quinta série disciplinas de Implantodontia, Odontologia Legal, Ética e Orientação Profissional II, Oclusão e disfunção temporomandibular e o Trabalho de Conclusão de Curso.

O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIOESTE E SUA INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE

Nos serviços oferecidos aos pacientes, estes são referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde [UBS], por meio do sistema de agendamento

MV, organizado e disponibilizado pela Central de regulação da Secretaria de Saúde do Paraná. As atividades são desenvolvidas por alunos e professores que prestam todo o tipo de atendimento odontológico dentro das mais variadas especialidades e níveis de atenção. No nível secundário a oferta se dá pelo Centro de Especialidades Odontológicas e no nível terciário, pela Residência em Cirurgia Bucomaxilofacial e atendimento a pacientes especiais em ambiente hospitalar.

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

Inaugurada em 1999, a Clínica Odontológica da UNIOESTE oferece a infraestrutura necessária aos cursos de graduação e pós-graduação em Odontologia, e desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão, proporcionando tratamento odontológico gratuito à população da 10ª. Regional de Saúde de Cascavel.

Quando da criação, contava com duas unidades em funcionamento, e ao longo dos seus 23 anos ocorreu importante incremento em sua estrutura. Atualmente o curso conta com 6 clínicas multidisciplinares. 1 clínica de atenção odontológica para bebês, 1 centro cirúrgico e 1 clínica para o Centro de Especialidades – CEO tipo III, 1 clínica de apoio didático e o Centro de Atenção em Pesquisa em Anomalias Craniofaciais [CEAPAC]. Conta com 102 equipamentos completos, onde alunos e docentes atuam nas diversas disciplinas realizando aproximadamente 5.000 procedimentos/mês [Figura 2].

FIGURA 2 - Clínica Odontológica da Unioeste



A INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE E OS ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS EM AMBIENTES EXTRAMUROS

A disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva está presente nas três séries iniciais e desenvolve atividades práticas, desde 2007, no Bairro Cascavel Velho. O primeiro ano do curso desenvolve ações de diagnóstico de comunidade e territorialização, na Unidade de Saúde local em conjunto com os agentes comunitários de saúde. No segundo ano da disciplina, os alunos atuam em levantamentos epidemiológicos nas escolas do mesmo bairro, realizando a organização e priorização para as demandas individuais. No terceiro ano, os alunos desenvolvem atividades de promoção de saúde e redução de danos em ambiente clínico, em crianças e gestantes.

Os estágios supervisionados extramuros - ESEM (136 horas/aulas) - ocorrem em diferentes cenários, proporcionando ao aluno concluinte, conhecer campos de atuação da odontologia, como o Hospital Universitário do Oeste do Paraná [HUOP], Hospital do Câncer de Cascavel [UOPECCAN], Penitenciária Industrial de Cascavel [PIC], Penitenciária Estadual de Cascavel [PEC] e Unidades Básicas de Saúde do Município de Cascavel [UBS/Cascavel].

Na Unidade de Terapia Intensiva do HUOP/UNIOESTE/CASCABEL e no Hospital do Câncer UOPECCAN/CASCABEL são oferecidas ações de tratamento e principalmente de prevenção de quadros de morbidade e até mortalidade, num total de 34 horas-aulas cada campo.

Outro campo ESEM se dá junto aos consultórios das penitenciárias de Cascavel [Penitenciária Estadual de Cascavel – PEC e Penitenciária Industrial de Cascavel – PIC], de acordo com as necessidades apresentadas e respondendo a integralidade da atenção aos internos, num total de 34 aulas/aulas.

A rotina do cirurgião-dentista na atenção básica das UBS de Cascavel é vivenciada pelo aluno, principalmente no que se refere à organização de demanda geral e específica, conforme a organização municipal. O aluno se integra às ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal da UBS e contribui na ampliação da cobertura daquela comunidade, em 34 horas/aulas [Resolução 336/2009-CEPE de 29/12/2009].

PÓS-GRADUAÇÃO

O Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Odontologia (PPGO), nível de Mestrado, tem como Área de Concentração - “Odontologia”, vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, do campus de Cascavel, da UNIOESTE. Tem por objetivo a formação de pessoal qualificado para o ensino e pesquisa, com vistas ao aprofundamento científico e profissional. O PPGO é constituído por uma associação temporária entre a UNIOESTE e a Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP] [Resolução 220/2012].

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Com a habilitação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), pelas portarias n. 117/2006 para tipo II e n. 2.496/2012 para CEO Tipo III, a Clínica Odontológica da UNIOESTE passou a fazer parte do Sistema Único de Saúde [SUS], tornando-se referência em odontologia nas áreas de cirurgia, periodontia, endodontia, estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais para a 10ª. Regional de Saúde de Cascavel.

O CEO foi inaugurado em 23 de novembro de 2005 numa parceria entre Prefeitura de Cascavel e o curso de Odontologia da Unioeste [Figura 3]. O projeto foi viabilizado pelo programa Brasil Sorridente do Ministério da Saúde, contava com oito profissionais cedidos pela Divisão de Saúde Bucal do município de Cascavel e docentes do Curso. São realizados atendimentos nas especialidades de endodontia, dentística, cirurgia bucomaxilo, estomatologia e periodontia e pacientes especiais, realizando em torno de 1.500 procedimentos/ mês. O curso de Odontologia conta ainda com o Laboratório Regional de Prótese Dentária, laboratório de Radiologia e laboratório de patologia bucal que realizam atendimento sistemático às demandas populacionais.

FIGURA 3 - Centro de Especialidades Odontológicas da Unioeste



CENTRO DE ATENÇÃO E PESQUISA EM ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Em 2003 iniciaram-se as atividades de extensão do Curso de Odontologia da UNIOESTE na Associação dos Portadores de Fissuras Labiopalatais (APOFILAB). Essas ações deram origem a um termo de cooperação técnica e científica entre as duas instituições. Em 2005, essas instituições uniram esforços buscando uma estrutura de atenção ao portador de fissuras e outras anomalias craniofaciais congênitas, o CEAPAC/HUOP/ UNIOESTE. Este centro foi financiado com recursos do Ministério da Saúde e Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado do Paraná para a finalidade específica de atenção ao paciente fissurado.

O atendimento se dá na área ambulatorial das especialidades de Odontologia [odontopediatria, ortodontia, clínica geral, cirurgia bucomaxilofacial, endodontia], fonoaudiologia, medicina [pediatria, cirurgia plástica], nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social, enfermagem e genética clínica. As ações cirúrgicas são desenvolvidas por profissionais médicos nas especialidades de cirurgia-plástica, otorrinolaringologia e por profissionais cirurgiões-dentistas na especialidade de cirurgia bucomaxilofacial.

Desde fevereiro de 2013, quando da abertura ao público, mais de 19.000 procedimentos ambulatoriais já foram realizados, e a partir de 18 de janeiro de 2018, o centro obteve a habilitação em alta complexidade em lesões labiopalatal pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM n. 150/2018.

O CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANÁ E A SUA INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO NO NORTE PIONEIRO

Sibelli Olivieri Parreiras

O curso de Odontologia da Universidade Estadual do Norte do Paraná [UENP] está inserido no Centro de Ciências da Saúde no Campus de Jacarezinho, na cidade de Jacarezinho, PR. O curso foi criado sob a Resolução nº. 011/2010 – CUP/UENP e autorizado pelo Decreto Estadual nº. 11.234/2014, e apresenta as seguintes características: seriado anual, turno integral e disponibilidade de 40 vagas anuais [UENP, 2014]. O aluno pode ingressar no curso de Odontologia da UENP por meio do Processo Seletivo [Vestibular], ENEM, Portador de diploma de curso superior e também Transferência Externa.

A UENP tem como missão produzir o conhecimento científico e atuar no desenvolvimento regional e do estado do Paraná, participando

ativamente, integrando com a sociedade, buscando sempre a melhoria da qualidade de vida e a socialização do conhecimento [UENP, 2018]. O Curso de Graduação em Odontologia da UENP descreve em seu Projeto Pedagógico a participação ativa e a interação com a sociedade. Destaca-se que o curso tem como objetivo preparar profissionais para trabalhar em equipe de saúde e multidisciplinares como formadores de políticas de saúde e também para desenvolver ações promotoras de saúde bucal, através da integração com a sociedade, melhorando as condições de vida da população [UENP, 2014]. Portanto, desde sua criação, o curso implantou atividades de estágio supervisionado obrigatório e de extensão, que permite aos alunos o conhecimento dos serviços públicos de saúde bucal, vivenciar a realidade da população brasileira, como também o impacto na transformação social e o papel do cirurgião-dentista [MOIMAZ *et al.*, 2004, LIMA *et al.*, 2010].

O Estágio Supervisionado Obrigatório é componente curricular e se encontra organizado de acordo com a legislação: Lei n. 11.788 de 25 de setembro de 2008; artigo 82 da Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996; Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Odontologia; Deliberação n. 02-2009 – CEE-PR e as normativas internas da UENP [UENP, 2014]. Na prática, o Estágio Supervisionado Obrigatório está dividido, basicamente, da seguinte maneira:

- Estágio Supervisionado Obrigatório I [1ª série] e Estágio Supervisionado Obrigatório II [2ª série] - desenvolve projetos e atividades educativas nas unidades básicas de saúde [UBS] e Estratégia Saúde da Família [ESF] e Centro de Especialidades Odontológicas [CEO], comunidade em geral e escolas.
- Clínica Integrada Infantil I e II [3ª série], Clínica Integrada Adulto e Clínica Integrada Plena I [4ª série] e Clínica Integrada Plena II [5ª série] - o acadêmico atua nos ambulatórios da própria Universidade, realizando atendimentos multidisciplinares.

Para a realização dos Estágios Supervisionados Obrigatórios e das atividades de extensão no curso de Odontologia, foram realizados convênios entre a UENP e a Prefeitura Municipal da cidade de Jacarezinho-PR, nos setores da educação e saúde. A atenção bucal da cidade está presente em sete UBS, destas, 5 são Unidade Saúde da Família [USF], além do CEO do

tipo II, gerenciado pelo Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro (CISNORPI). Enquanto, na área da educação, Jacarezinho possui 17 escolas municipais, sendo que a maioria destas estão vinculadas às unidades básicas de saúde, abrangendo crianças e adolescentes.

No início do ano letivo o(a) coordenador(a) e o orientador(a) de estágio, representados por docentes do Colegiado do curso, apresentam aos acadêmicos o plano de trabalho, que contém as normas e regimento do estágio, bem como as atividades que serão desenvolvidas durante o ano. Os estágios assumem uma carga horária de 50 horas para o Estágio Supervisionado Obrigatório I [1ª série], e 100 horas para o Estágio Supervisionado Obrigatório II [2ª série]. As atividades são realizadas semanalmente [4 h], porém, em algumas semanas pode ocorrer em dois dias de estágio, totalizando 8 h semanais.

Os alunos da 1ª série [Estágio Supervisionado Obrigatório I] realizam visitas em algumas UBS e CEO da cidade. Entretanto, realizam parte de suas atividades educativas também nas escolas municipais, sendo que a maioria delas encontra-se vinculada a unidades básicas de saúde do município. Nestes locais, os alunos [40] são divididos em grupos menores e realizam, nas salas de aula, atividades de prevenção e educação em saúde bucal utilizando fantoches, teatro, amarelinha, jogo da memória, “árvore dos alimentos bons e ruins”, livro educativo feito de EVA e também demonstram técnicas de escovação dos dentes e uso do fio dental com a ajuda de macromodelos. O objetivo é desenvolver hábitos saudáveis para o desenvolvimento da saúde bucal e motivar as crianças a continuarem exercendo estas atitudes nas próximas fases da vida (VALARELLI *et al.*, 2011; BRUDER *et al.*, 2017). Nas escolas municipais, a participação dos alunos ocorreu sob a supervisão do docente orientador da UENP e do(a) diretor(a) ou cirurgião-dentista da escola, que o acadêmico desempenhava a atividade.

Para a realização das atividades do estágio supervisionado da 2ª série, os acadêmicos [40] são divididos em grupos pequenos e distribuídos de forma que todos possam ter vivência nas sete unidades básicas de saúde e no CEO presentes no município. O estágio supervisionado obrigatório na 2ª série ocorre de forma integral [100% da carga horária], somente nestes

locais. Vale ressaltar que é de responsabilidade do cirurgião-dentista [supervisor] que atua no local selecionado para o estudante realizar as atividades, o acompanhamento e a orientação dos estudantes. Esta vivência dos acadêmicos na rede de atenção do município permite que eles possam realizar atividades de prevenção e educação em saúde bucal nas unidades e comunidades, e também acompanhar os cirurgiões-dentistas, conhecer o sistema de saúde do país, abrangendo as redes de atenção primária e secundária, além de aprender a trabalhar com equipe multidisciplinar. A experiência no CEO também permite o aluno conhecer e vivenciar o atendimento de pacientes especiais, tratamento endodôntico, protético e cirurgias.

Durante o decorrer do ano, os docentes orientadores realizam discussões com os alunos na sala de aula da Universidade, os quais relatam as situações vivenciadas e os fenômenos observados, a fim de facilitar seu processo de aprendizado. Além disso, os acadêmicos destacam também os pontos positivos e negativos encontrados para que o docente possa ter sugestões e novas propostas de trabalho. É importante destacar que o docente orientador do estágio também acompanha as atividades a serem executadas nas UBS e CEO e participa da avaliação do acadêmico.

Reuniões também são realizadas com os cirurgiões-dentistas participantes da rede de atenção em saúde bucal do município. Estas reuniões são essenciais, visto que o estágio é supervisionado de forma direta pelos cirurgiões-dentistas que atuam nas unidades. Para facilitar a comunicação, um grupo foi criado no aplicativo WhatsApp composto pelos cirurgiões-dentistas da rede, o coordenador de saúde bucal da atenção básica, o coordenador do CEO, o(a) docente orientador e o(a) coordenador(a) de estágio, o(a) coordenador(a) e o(a) diretor(a) clínico do curso de Odontologia.

A partir da 3ª série as atividades de Estágio Supervisionado Obrigatório contemplam atendimento ambulatorial a pacientes, baseado em planejamento clínico integral, mantendo o objetivo de promoção, restabelecimento e manutenção da saúde bucal [UENP, 2014]. Estes atendimentos são realizados nos ambulatórios da universidade e orientados por docentes das disciplinas do curso de Odontologia. Os tratamentos

abordam diversas áreas como odontopediatria, ortodontia, dentística, prótese, periodontia, cirurgia e endodontia, e estão distribuídos da seguinte forma:

- 3ª série: Clínica Integrada Infantil I [Estágio Clínico I] – 120 horas e Clínica Integrada Adulto [Estágio Clínico I] – 240 horas;
- 4ª série: Clínica Integrada Infantil II [Estágio Clínico II] – 120 horas e Clínica Integrada Plena I [Estágio Clínico II] – 240 horas;
- 5ª série: Clínica Integrada Plena II [Estágio Clínico III] – 240 horas.

Não somente nas UBS, CEO e nas EMFs, mas também em outros locais da cidade de Jacarezinho são realizadas atividades, de caráter extensionista. Estas ações têm como objetivo levar informações sobre as principais doenças bucais à população por meio de diálogos, painéis ilustrativos, assim como também a importância do autoexame bucal e técnicas de escovação e uso do fio dental por meio de macromodelos. Estes locais, os quais também foram estabelecidos convênios com o curso de Odontologia, são: a Associação Jacarezinhense de Atendimento ao Deficiente Auditivo e Atendimento ao Deficiente Visual [AJADAVI]; a Associação de Pais e Amigos Excepcionais [APAE], Asilo São Vicente de Paulo e o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro [CISNORPI]. O CISNORPI possui dois programas que possuem convênio com o curso de odontologia, o Brasil Sorridente por meio do Centro de Especialidade Odontológica [CEO] já citado acima, e o Centro de Atenção Psicossocial [CAPS]. Projetos de extensão da UENP, como o Projeto Cultura no Bairro, o qual realiza atividades esportivas, artesanais, culturais e sociais com crianças e adolescentes da cidade e o Núcleo Maria da Penha [NUMAPE] também realizaram parceria com o curso de Odontologia da UENP.

Vale ressaltar que as atividades com foco na prevenção de doenças e educação em saúde bucal também ocorrem por meio do “Programa de extensão permanente: implementação de ações de promoção, prevenção e indicação de tratamento da saúde bucal na região norte do Paraná [pioneiro]”. Este programa tem como locais de atuação as cidades de Bandeirantes, Cornélio Procopio, Itambaracá, Jacarezinho e Santa Amélia e é composto por acadêmicos remunerados com bolsa [4] ou não [50], e

docentes [10], totalizando 64 pessoas cadastradas. As ações acontecem nos locais conveniados acima e também em vias públicas e praças das cidades. Em comemoração ao dia nacional da saúde, foi realizado um evento na praça central da cidade de Jacarezinho por docentes e acadêmicos do curso de Educação Física, Fisioterapia e Odontologia. O evento contou com mais de 200 participantes e o curso de Odontologia realizou atividades educativas sobre a prevenção das principais doenças bucais, como teatro, fantoche, além de avaliação bucal com auxílio de espátulas de madeira e encaminhamento dos pacientes para atendimento na Clínica Odontológica da UENP. Vale ainda mencionar que os alunos de Odontologia e os docentes têm participado ativamente na Operação Rondon.

Outra ideia colocada em prática são os encontros entre os docentes da universidade e os profissionais da atenção e da gestão que se reúnem para compartilharem experiências e conhecimentos. A ideia é realizar a educação permanente continuada, por meio de encontros e palestras oferecidas pelos docentes da universidade no auditório do curso de Odontologia da UENP. No ano passado, foi realizado o encontro no III Congresso Odontológico do Norte do Paraná, durante 3 dias, com a participação da maioria dos cirurgiões-dentistas da rede. Para este ano de 2019, estão sendo planejados encontros mensalmente, que terão início no mês de abril.

REALIDADES E DESAFIOS DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DE SAÚDE NA ODONTOLOGIA

Maria Celeste Morita | Lucimar Aparecida Britto Codato

A integração ensino-serviço de saúde possibilita ensino-aprendizagem num cenário real, com todas as dificuldades, fragilidades, mas também com todas as suas potências, como pode-se perceber nos diferentes contextos e realidades descritas nas experiências nas diferentes Universidades Públicas do nosso estado. Possibilita a imersão e apropriação da realidade, por meio das relações estabelecidas e das vivências experienciadas. Favorece a formação de cidadãos autônomos, reflexivos e participativos, na qual o estudante assume postura protagonista e corresponsável pela sua formação.

A participação do estudante nos espaços SUS vem abrindo a possibilidade para que o estudante tenha novas ideias, busque soluções e/ou alternativas a partir da realidade do concreto vivido. Trata-se de

uma oportunidade ímpar para aprender a aprender, para desenvolver a comunicação, a crítica e a reflexão.

A vivência dos estudantes nos espaços SUS agrega valor e contextualiza a orientação teórica e pedagógica que recebe também nos espaços intramuros, a qual é necessária, porque embasa e auxilia o ensino-aprendizado ativo do estudante. É uma possibilidade para aprendizado ativo, para o desenvolvimento da autonomia e da postura ativa do estudante frente ao ensino-aprendizagem, os quais se relacionam com as propostas de mudanças curriculares na área da saúde [CODATO, 2015].

Assim, há necessidade que o ensino de Odontologia seja amparado por meio da integração ensino-serviço de saúde porque favorece o enfrentamento de desafios. Um desafio comum a todas as profissões de saúde diz respeito à formação ética de seus estudantes, com desenvolvimento de valores humanizadores com alta qualidade e resolubilidade. A aproximação do processo formativo à prática dos serviços pode favorecer o desenvolvimento desta formação, porque possibilita que o estudante pense, aja e reaja às situações apresentadas com determinadas formas e padrões de atitudes [FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011; 2013].

Outro desafio é relativo ao desenvolvimento de formação que possibilite o estabelecimento e/ou fortalecimento das relações interdisciplinares e interprofissionais. Tais relações são importantes para o alcance de avanços na integralidade e na longitudinalidade do cuidado.

Verifica-se que, na Odontologia, a integração ensino-serviço de saúde tem sido fundamental para o alcance de avanços na formação profissional. Possibilitando o ensinar e o aprender ativos, atrelados à realidade por meio de vivências nos espaços SUS, seja por meio de visitas e interações com profissionais que atuam na gestão, nas diversas redes de atenção ao cuidado e também por meio da realização de estágios curriculares em Unidades Básicas de Saúde [UBS].

A realização de estágios em UBS possibilita que o estudante de Odontologia atue e aprenda "para além da cadeira odontológica", que favorecem a prática da equidade e da integralidade da atenção, na qual o estudante faz "parte de uma equipe" que cuida de pessoas. Poderá participar

de rodas de educação permanente em saúde, atividades para planejamento e avaliações conjuntos. Poderá atuar nas farmácias localizadas nas próprias UBS, conhecer a logística e os medicamentos disponibilizados pelo SUS. Poderá entender e praticar a referência e contrarreferência e participar ativamente dos grupos de cuidado existentes em cada UBS, como grupos de idosos, gestantes e tabagistas.

Logo, a realização de estágios em UBS abre a possibilidade para que o estudante vivencie a longitudinalidade do cuidado oferecido nas UBS, visando à atenção integral do indivíduo e não somente o tratamento da doença, que favorece o fortalecimento do vínculo e da escuta entre os envolvidos, inclusive por meio de trabalho em equipes multiprofissionais, que incluem as visitas domiciliares que permitem conhecimento mais ampliado da cotidianidade do usuário. São situações diferentes das que acontecem nas clínicas odontológicas intramuros.

Nestes estágios, a atuação de núcleo do estudante, ou seja, na cadeira odontológica, também é muito importante para a formação profissional. Possibilita a crítica, a reflexão, a tomada de decisões, a prática e repetição da técnica e conseqüente desenvolvimento da destreza, adaptadas a realidades locais, com os materiais que se tem à mão. São vivências fundamentais para o futuro ingresso no mercado de trabalho.

É importante refletir que há responsabilidades compartilhadas entre os serviços públicos de saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES), porque ambos são responsáveis por gerar melhorias na sociedade. Nesse entrelaçamento há vários movimentos que necessitam estar e atuar de forma sincrônica. Por isso, espera-se que a formação profissional e a atenção em saúde sejam movimentos interligados e integrados, com estabelecimento de relações de trabalho conjunto.

Neste contexto, a institucionalização da integração ensino-serviço de saúde tem sido um ponto fundamental para o estabelecimento e/ou fortalecimento desta relação. Porém, só a institucionalização não garante integração ensino-serviço de saúde. A integração ensino-serviço de saúde poderá ser fortalecida quando os atores envolvidos, nos diversos espaços, puderem expor, ouvir e debater questões, buscando-se pontos em comuns e caminhos a serem seguidos, pois nem sempre as compreensões e

intencionalidades são convergentes [CODATO *et al.*, 2017]. A parceria entre esses atores certamente pode favorecer o alcance de avanços no processo formativo e na atenção à saúde, importante para a qualificação do cuidado em saúde.

A aproximação entre ensino e serviço de saúde pode constituir-se em um campo de diferentes olhares e intencionalidades que podem levar a disputas, convergências e divergências, em função de distintos interesses que dificultam a efetivação das propostas. Nem sempre os objetivos documentados acontecem na prática [ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013].

Por um lado, faz-se necessário que as pessoas que trabalham nas IES e nos serviços de saúde tenham bem claro que trabalham em locais que servem à sociedade. Que tenham abertura para dialogar, que inclui ouvir e expor demandas, para que decisões sejam tomadas em conjunto e que possam dar respostas positivas para o binômio ensino-serviço de saúde. Que a dimensão pedagógica do SUS, enquanto cenário de ensino-aprendizagem, seja reconhecida por todos os envolvidos. Logo, é necessário que o avanço no cuidado da população seja o ponto central e estruturante dessa integração [CODATO, 2015].

Integrar ensino-serviço de saúde é e sempre será desafiador, tendo em vista a complexidade das relações entre diversos atores, instituições que apresentam diferentes contextos, trajetórias e objetivos. Entretanto, esta integração é indispensável para concretizar avanços na formação na graduação em Odontologia, que busca a integralidade da atenção para construção de uma sociedade mais equânime e com melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. P. V. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 31-35, 2008.

ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. de. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 63-76, 2016.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. **Reformulação do Sistema Nacional de Saúde**. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1986.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Brasília, 1996. Brasília: Senado Federal, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 de março de nov. 2002. Seção 1, p. 10. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0302Odontologia.pdf>. Acesso em: 08 de maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria interministerial nº. 2.101, de 3 de novembro de 2005**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n.º 2.117 de 3 de novembro de 2005**. Institui a Residência multiprofissional em Saúde. Brasília; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 117 de 19 de janeiro de 2006**. Habilita Centros de Especialidades Odontológicas - CEO - a receberem os incentivos financeiros destinados à implantação e ao custeio dos serviços especializados de saúde bucal. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-Pró-saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº**

1802. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Brasília; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.077**, de 12/11/2009. Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 421**, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Brasília; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32566. Brasília, 2010. Acesso em: 05 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.496 de 01 de novembro de 2012**. Concede aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e define os valores adicionais dos incentivos financeiros destinados ao custeio mensal. Brasília, 2012.

BRASIL. **Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional nº 5 de 07 de novembro de 2014**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 150 de 18 de janeiro de 2018**. Habilita o Hospital Universitário do Oeste do Paraná - Cascavel (PR) para realizar procedimentos de Alta Complexidade em Lesões Labiopalatais. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Laboratório de inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente**. Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2018.

BRUDER, M. V. *et al.* Estágio supervisionado na odontologia: vivência da promoção da saúde e integração multiprofissional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 294-300, 2017.

BUFFON, M. C. M. *et al.* Contribuição do PET-Saúde para a área de odontologia da UFPR na consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais e do SUS, nos municípios de Curitiba e Colombo-PR. **Rev. ABENO**, v. 11, n. 1, p. 9-15, 2011.

BUFFON, M. C. M. *et al.* O Programa PET-Saúde na organização do lócus da prática como espaço de formação dos profissionais de saúde: um relato de experiências. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, p. 125-136, 2015.

CARRER, F. C.A.; PUCCA JR, G. A.; ARAUJO, M. E. [Coord]. **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

CODATO, L. A. B. **Integração ensino-serviço de saúde: uma compreensão por meio**

da fenomenologia heideggeriana. 142 f. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

CODATO, L.A. B. *et al.* docentes e profissionais na Atenção Básica: coexistência segundo a fenomenologia heideggeriana. **Trab. Educ. Saúde**, v.15, n. 2, p.519-536, 2017.

CODATO, L. A. B.; GARANHANI, M. L.; GONZÁLEZ, A. D. Percepções de profissionais sobre o aprendizado de estudantes de graduação na Atenção Básica. **Physis**, v. 27, n.3, p. 605-619, 2017.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto saúde da família curitibana.** Curitiba, 1995.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **10 anos de PSF em Curitiba:** a história contada por quem faz a história: edição comemorativa. Curitiba: SMS Curitiba, 2002.

DIAS, I. M. Á. V. *et al.* A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 257-267, 2016.

DITTERICH, R. G. *et al.* Práticas integradas em odontologia: a experiência entre o pet-saúde/residência multiprofissional. **Rev ABENO**, v. 13, n. 1, p. 28-28, 2013.

DITTERICH, R. G. *et al.* O estágio curricular do curso em Odontologia da UFPR nas Unidades de Saúde da Família no município de Curitiba-PR. **Brazilian Oral Research**, v. 21, suppl, p. 33-33. 2007.

DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 515-524, 2009.

DITTERICH, R. G. *et al.* Vigilância na Qualidade da Água: um trabalho multidisciplinar do PET - Vigilância em Saúde / UFPR. **Espaço para a Saúde**, v. 17, p. 258-265, 2016.

DROPA, M. M. **A memória do patrimônio histórico tombado em Ponta Grossa-Paraná.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP, Brasil, 362p. 1999. [O texto acima é protegido pela Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, o pode ser utilizado desde que citada a fonte de autoria].

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, 2013. p. 187-198.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v.15, n. 39, p. 1053-67, 2011.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3033-3042, 2013.

FUJIMAKI, M. *et al.* Gestão do conhecimento para qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no estado do Paraná: relato de experiência. In: CARRER, F. C. A.; PUCCA JR, G. A.; ARAUJO, M. E. [Coord]. **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir.** São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. p. 132-134.

GONZÁLEZ, A. D. **Mudança na formação superior de profissionais de saúde: experiências de ativadores do Paraná.** Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008. 182f.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C. O ensino da Odontologia e as Políticas de Saúde e de Educação. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. [org]. **Educação Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2006.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n.3, p. 383-393, 2010.

HAYACIBARA M. F. *et al.* Experiência de clínica ampliada em Odontologia na Universidade Estadual de Maringá. **Rev Bras Educ Med**, v 36, supl. 2, p. 178-183, 2012.

HOFELMANN, D. A. *et al.* Práticas integradas em saúde: o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) como mobilizador do processo de mudança na formação da graduação em saúde. In: **V Encontro Nacional de Residências em Saúde**, 2015, Florianópolis-SC. Anais do V Encontro Nacional de Residências em Saúde. Florianópolis: UFSC, 2015. v. 1. p. 230-230.

LIMA, D. P. *et al.* A importância da integração universidade e serviços de saúde. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, p. 129-137, 2010.

LINS, K. G. V. *et al.* Percepção de Residentes e Preceptores Sobre Integralidade da Atenção à Saúde em Programa de Residência Multiprofissional. **Revista Diálogos**, v. 1, n. 17, p. 61-88, 2017.

MIRANDA, S. A. B.; RODRIGUES, S. V.; MARTINS, L. H. S. Residência Multiprofissional em Saúde: apontamentos sobre a inserção do serviço social. **Rev Serv Social Perspectiva**, v. 1, n. 1, p. 126-45, 2017.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Serviço extramuro odontológico: impacto na. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 4, n. 1, p. 53-57, 2004.

MORITA M. C.; KRIGER L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. **Rev. ABENO**, v.4, n.1, p. 17-21, 2004.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. A relação ensino e serviços de Odontologia. In: CARVALHO, A. C. P.; KRÍGER, L. [org] **Educação Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MORITA, M. C. *et al.* **Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia.** Maringá: Dental Press, 2007.

MORITA, M. C. Importância da instrumentalização profissional para utilização da odontologia baseada em evidências. In KRÍGER. L.; MORITA, M.C.; MOYSÉS, S. T. [org].

Odontologia Baseada em Evidências e Intervenção Mínima em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2016.

NUNES, F. G. Desafios da pós-graduação: Articulação entre ensino, pesquisa e extensão e diálogo com outras formas de produção do conhecimento. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 12, n. 1, p.23-35, 2017.

ONU, 1978. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ONU, 1986. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Carta De Ottawa. Ottawa, novembro de 1986.

ONU, 1988. Declaração de Adelaide. **Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988.

PARANÁ. **Decreto da lei estadual nº 5359, de 8 de janeiro de 1992.** Publicado no Diário Oficial do Estado do Paraná nº. 3676 de 8 de janeiro de 1992.

PARANÁ. Secretaria de Ciência e Tecnologia. **Decreto nº 3621 de 03 de março de 2016.** Fica renovado o reconhecimento, pelo prazo de 5 (cinco) anos, a partir de 1º de setembro de 2015 até 1º de setembro de 2020. Publicado no Diário Oficial do Estado do Paraná. 03 de março de 2016. Curitiba, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da rede de saúde bucal.** 2a. ed. Curitiba: SESA, 2016.

RIBEIRO, M. R. F.; MENDES, F. F. de F.; SILVA, E. A. Curricularização da extensão em prol de uma universidade socialmente referenciada. **Revista Conexão UEPG**, v. 14, n. 3, p. 334-342, 2018.

ROCHA, N. B. *et al.* Processo de construção coletiva da Clínica Ampliada na Odontologia por meio de uma gestão colegiada. **Rev ABENO**, v. 17, n. 4. p. 121-132, 2017.

ROCHA, N. B. *et al.* Percepções de aprendizagem sobre disciplina interprofissional em Odontologia. **Rev ABENO**, v. 17, n. 3, p. 41-54, 2017.

SARAIVA A. M. *et al.* Disciplina interprofissional em saúde: avaliação de discentes de odontologia. **Rev ABENO**, v. 18, n. 4, p. 3-13, 2018.

SCHERER, J. N. *et al.* Práticas Integradas em Saúde I: formação interdisciplinar e multiprofissional na Unidade de Saúde da Família Divisa, 2014-1. In: **X Salão de Ensino UFRGS: ciência, desenvolvimento, sociedade**, 2014, Porto Alegre. Anais X Salão de Ensino UFRGS: ciência, desenvolvimento, sociedade. Porto Alegre: LUME - Repositório Digital UFRGS, 2014. v. 1. p. 1-1.

TERADA R. S. S.; NAKAMA, L. [Org]. **A implantação das diretrizes curriculares nacionais de Odontologia:** a experiência de Maringá. São Paulo/Londrina/Brasília:HUCITEC/Rede Unida/Abeno, 2004.

TERADA R. S. S. *et al.* Implementação do Pró-Saúde no Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá. **Rev ABENO**, v. 10, n. 2, p. 64-71. 2010.

TOASSI, R. F. *et al.* Integração curricular nos cursos da saúde na UFRGS: a vivência da disciplina 'Práticas Integradas em Saúde I' In: **VIII Salão de Ensino UFRGS**, 2012, Porto Alegre. Salão de Ensino. Porto Alegre: UFRGS, 2012. v. 8. p. 1-2.

VALARELLI, F. P. *et al.* Importância dos programas de educação e motivação para saúde bucal em escolas: relato de experiência. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 10, n. 2, p. 173-176, 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho Universitário da UNIOESTE. **Resolução 12/1995**. Cascavel: UNIOESTE, 1995.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho Universitário da UNIOESTE. Resolução 13/1995. **Aprova o Projeto Pedagógico e o Currículo Pleno do curso de Odontologia**. Cascavel: UNIOESTE, 1995.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho de ensino, pesquisa e extensão da UNIOESTE. **Resolução 212/1996**. Cascavel: UNIOESTE, 1996.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho de ensino, pesquisa e extensão da UNIOESTE. **Resolução 170/2003**. Cascavel: UNIOESTE, 2003.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho de ensino, pesquisa e extensão da UNIOESTE. **Resolução 193/2003**. Cascavel: UNIOESTE, 2003.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho de ensino, pesquisa e extensão da UNIOESTE. **Resolução 160/2004**. Cascavel: UNIOESTE, 2004.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho de ensino, pesquisa e extensão da UNIOESTE. **Resolução 241/2005**. Cascavel: UNIOESTE, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho de ensino, pesquisa e extensão da UNIOESTE. **Resolução 442/2005**. Cascavel: UNIOESTE, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho de ensino, pesquisa e extensão da UNIOESTE. **Resolução 432/2005**. Cascavel: UNIOESTE, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho de ensino, pesquisa e extensão da UNIOESTE. **Resolução 040/2007**. Cascavel: UNIOESTE, 2007.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho de ensino, pesquisa e extensão da UNIOESTE. **Resolução 336/2009**. Cascavel: UNIOESTE, 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE). Conselho de ensino, pesquisa e extensão. **Aprova o projeto pedagógico do Programa de pós-graduação stricto sensu em Odontologia**, nível de mestrado, do campus de Cascavel. Resolução 220/2012. de 13 de dezembro de 2012. Cascavel: UNIOESTE, 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANÁ (UENP). **Projeto pedagógico do curso de graduação em odontologia** – bacharelado. Jacarezinho: UENP, 2014.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANÁ (UENP). **Sobre a UENP**. Disponível em: <https://uenp.edu.br/institucional> Acesso em: 28 de dez de 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). **Resolução CEPE nº 30, de 06 de setembro de 1990**. Curitiba: UFPR, 1990.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). **Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia**. Curitiba: UFPR, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). **Curso de Odontologia: História**. Curitiba, 2018. Disponível em: www.odontologia.ufpr.br Acesso: 23 de março de 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). **Consulta aberta às atividades de extensão da UFPR**. Curitiba, 2019. Disponível em: <https://intranet.ufpr.br/sigeu/public/certificadolexecute> Acesso: 23 de março de 2019.

A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ: UM OLHAR SOBRE OS RESULTADOS DO PMAQ-AB

**Márcia Helena Baldani | Pollyanna Kássia de Oliveira Borges | Ana
Elisa Ribeiro | Thabata Cristy Zermiani | Rafael Gomes Ditterich**

O Paraná tem sido pioneiro na implementação de programas e políticas de saúde bucal no Brasil, desde os primórdios da organização da atenção odontológica estatal. Muito contribuiu para esta condição a forte presença político-organizacional e normativa da Secretaria de Estado da Saúde [SESA-PR] e a importância alcançada pelo setor de saúde bucal em sua estrutura.

Os anos 2000 foram um marco para a Odontologia brasileira na saúde pública. Foi através da portaria n. 1.444/2000 que o Ministério da Saúde passou a oferecer um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população, por meio da inclusão de equipes

de profissionais da área no Programa Saúde da Família (posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família), reconhecendo a necessidade de ampliar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos e de incentivar a reorganização da saúde oral na atenção básica através do SUS (BRASIL, 2000). A assinatura da portaria ocorreu em um momento no qual se discutia a elevada demanda reprimida por serviços odontológicos, revelada a partir da divulgação, na mídia, dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998 (IBGE, 2000). Estes indicavam grandes desigualdades no acesso aos serviços, principalmente nos grupos extremos de idade (0 a 6 anos e idosos) e de menor renda, com 18,7% da população entrevistada, ou seja, 29,6 milhões de brasileiros, relatando nunca haver consultado o dentista (IBGE, 2000).

A Política Nacional de Saúde Bucal, instituída em 2004, foi outro importante indutor através do qual os cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos passaram a contribuir diretamente com as demandas da sociedade no campo da Saúde Bucal. Com as diretrizes implementadas foi possível uma reorientação do modelo assistencial e expansão do número de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, além da melhoria no acesso aos serviços especializados e aumento da disponibilidade de recursos federais para a odontologia (PUCCA *et al.*, 2015).

A expansão da ESF, vinculada ao credenciamento de equipes independentemente de resultados, passou a requerer políticas indutoras da qualificação tanto da estrutura quanto da atenção ofertada. Com isso, a partir de 2012, foi instituído, entre outras ações da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), vinculando o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade a serem atingidos pelas equipes (PINTO; SOUZA; FLORENCIO, 2012). A adesão ao PMAQ-AB é voluntária, e o município deve implantar e/ou qualificar os padrões de qualidade - incluindo questões relacionadas aos vínculos de trabalho, bem como adequar-se às exigências de informação e monitoramento, e desenvolver ações de educação permanente e de apoio às equipes de saúde em todas as ações e fases do programa.

O objetivo deste capítulo é apresentar, a partir de dados obtidos na etapa de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB (2014), a conformação atual da força de trabalho em saúde bucal em atenção primária no estado do Paraná, considerando o contexto histórico das políticas públicas de saúde e o pioneirismo do estado na formação de recursos humanos.

O SUS E A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Reforma de estado e os vínculos trabalhistas

O Brasil herdou do período colonial condições de administração pública que remetiam ao tempo em que tinha seus recursos naturais explorados pelos países ricos e, relativo a aquisição de produtos industrializados, produção do saber, e até de decisões político-econômicas, dependia do seu colonizador e dos países que participaram política e economicamente.

Patrimonialismo, nomeações para os cargos do Estado sem avaliação em concursos públicos, dificuldade de separação entre o bem público e o privado, além do paternalismo estatal foram situações praticadas ao longo dos primeiros quatro séculos desde a colonização. Tais condições favoreciam os gastos excessivos do Estado, porém, sem resultados que atendessem as demandas populares. Parte da sociedade passou, então, a perceber o serviço estatal como ineficiente, mesmo tendo municípios com grande parcela de sua população economicamente ativa categorizada como funcionário público.

Alguns esboços de reformas de Estado se deram a partir da Proclamação da República. No entanto, reconhece-se que os principais movimentos em direção a um Estado mais eficiente foram disparados pelas crises econômicas sentidas no Brasil a partir de meados da década de 70 do século XX. Espelhados em ideais do capitalismo neoliberal já praticado por muitos países desenvolvidos, sobressai no Brasil a ideologia de um Estado mais “enxuto”. E, nos tempos atuais, muito ainda se fala em “redução da máquina estatal”, “enxugar as contas”, e “Estado mínimo”.

Esse fato, portanto, não é novo, mas continua contemporâneo no discurso de governantes, estudiosos de administração pública, e por boa parte da população.

Na narrativa histórica verifica-se que, paralelo às demandas de redução de custos das ações estatais e maior efetividade da prestação de serviços públicos, o povo inicia movimentos para redemocratização do país, ampliação de direitos, redução da carga de tributos e acesso aos bens de consumo. Neste embate, a Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, obteve vários avanços para contemplar as demandas da nação brasileira, tais como: a ampliação dos direitos fundamentais, remédios constitucionais e direitos sociais (PAULO; ALEXANDRINO, 2011).

A Constituição de 1988 é fruto de uma reforma constitucional, onde houve um processo formal de mudança liderado pelos constituintes e com a aprovação de emendas constitucionais. O resultado do seu texto, além das garantias sociais supracitadas, assegurou também regras e preceitos bem específicos de administração pública. Princípio da supremacia do interesse público, possibilidade de atuação mediante a regulação da lei, necessidade de fazer concursos públicos para admissão de pessoal permanente, e a realização de licitação prévia para celebração de contratos administrativos, dentre outros, foram assegurados pelo texto constitucional (PAULO; ALEXANDRINO, 2011).

Em relação aos direitos sociais, a saúde foi afirmada pela nossa constituição como direito de todos e dever do Estado no capítulo da seguridade social. Junto aos direitos da saúde, previdência e assistência social compõem esta seguridade social, e estão constitucionalmente baseadas nos princípios da “universalidade de cobertura e atendimento, caráter democrático e descentralizado da administração” (BRASIL, 2018). Especificamente em relação à saúde, o texto constitucional pela primeira vez garantiu um Sistema Único de Saúde [SUS], que ofertaria atendimento integral, de acesso universal, com serviços que seriam descentralizados e contariam com a participação da comunidade no controle social destes serviços.

Assim, com o movimento de reforma do Estado brasileiro e, posteriormente, a regulamentação do setor saúde pela legislação nacional

[Leis n. 8080/90 e n. 8142/42], a descentralização e municipalização dos serviços de saúde se tornaram diretrizes prioritárias, e o trabalho em saúde sob gestão do Estado passou, a partir dos anos 90, a ser responsabilidade dos municípios - pelo menos em relação à Atenção Básica.

Mas, como garantir um cuidado integral e universal com a força de trabalho existente à época da criação do SUS? Os trabalhadores no setor público da saúde tiveram que ser ampliados numericamente, em especial aqueles com vínculo municipal. Também foi preciso estabelecer novos meios de contratação, e a ampliação de vagas de concursos públicos aumentou vertiginosamente porque a demanda de serviços era muito superior ao que se tinha de recursos humanos.

Há que se destacar ainda que, sob novos princípios fundamentais e organizacionais, não só numericamente a força de trabalho na saúde evoluiu, mas a alteração qualitativa do processo de trabalho foi profunda. A lógica de produção do cuidado mudou completamente a partir dos anos 90 do século passado. Os serviços públicos, antes voltados basicamente para prevenção e tratamento de doenças agudas e para o atendimento de trabalhadores assalariados, passam a atender em todos os níveis de atenção, e absorver toda a população.

Por outro lado, esta era uma iniciativa estatal desenvolvida a fim de atender ao novo perfil epidemiológico do povo brasileiro que, tendo maior longevidade, progresso tecnológico e urbanização, passou a apresentar, na segunda metade do século passado, problemas típicos de países desenvolvidos (as condições crônicas), que demandam cuidado contínuo e trabalho em equipe multidisciplinar para preservação da vida dos sujeitos e redução de toda sorte de custos para famílias e Estado.

Neste quadro histórico, a Odontologia brasileira tradicionalmente voltada para a formação de profissionais tecnicamente competentes, mas direcionados para a atenção às condições bucais agudas e com foco de trabalho no mercado privado, experimenta uma nova lógica de inserção no mercado de trabalho, novas oportunidades de aprendizado e valorização da categoria.

Em especial quando o Governo Federal cria a Saúde da Família, em 1994, e permite aos municípios, no ano 2000, a reorganização da atenção à

saúde bucal, e inserção dos profissionais da área na composição das equipes [BRASIL, 2000], o número de cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal com vínculo de trabalho com o SUS tem um crescimento ascendente.

Formação e qualificação da força de trabalho no SUS

O Ministério da Saúde tem se esforçado para induzir a qualificação da gestão do trabalho e, desde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde [SGTES], no ano de 2003, investimentos técnicos, políticos e financeiros foram dispendidos para apoiar a gestão do trabalho no SUS [BRASIL, 2018; NUNES *et al.*, 2015].

São esforços como a Telemedicina e Teleodontologia, que fizeram chegar ao profissional da Atenção Básica a possibilidade de uma segunda opinião sobre casos complexos, e possibilitou o apoio matricial a distância para profissionais que atuam longe dos grandes centros, além de permitir a formação continuada a distância. Existiu ainda uma grande intencionalidade do Ministério da Educação, junto com o Ministério da Saúde, para possibilitar uma formação diferenciada aos novos profissionais da saúde lançados no mercado de trabalho. Em relação aos graduandos, desde o ano de 2001, as instituições de ensino superior têm sido direcionadas para o preparo de seus acadêmicos com foco no cuidado integral, baseado nas necessidades dos sujeitos, e apropriação das novas tecnologias de cuidado baseado em evidências [BRASIL, 2019]. Os programas Pró-Saúde e PET-Saúde foram estratégias relevantes de valorização do trabalho em equipe, e capacitação em saúde para as necessidades do SUS e dos sujeitos por ele cuidados.

Concernente aos pós-graduandos, houve a possibilidade da inserção de profissionais das mais variadas formações em equipes de residências multiprofissionais espalhadas pelo país, na tentativa de favorecer o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade em espaços antes não ocupados por estes. Os programas de mestrado e doutorado interdisciplinares são outras possibilidades de formar pesquisadores e docentes para o cuidado integral, um olhar de compartilhamento dos saberes em saúde e aprendizado solidário. Além de fomentar pesquisas interdisciplinares sobre os mais variados determinantes do processo saúde-doença.

Por fim, em relação aos profissionais que já estavam no trabalho no princípio do SUS, as Escolas de Saúde Pública deram suporte de formação técnica e de qualificação para o trabalho na lógica dos princípios e diretrizes do SUS. Por meio de cursos de curta duração, pós-graduações, parcerias público-privadas entre os municípios e instituições de ensino em saúde, milhares de profissionais da saúde passaram por momentos de educação continuada e/ou permanente.

Foram movimentos internos da força de trabalho do SUS, associados às novas demandas do sistema de saúde e às iniciativas governamentais que possibilitaram a experimentação de métodos ativos de ensino-aprendizagem, de discussão das dificuldades locais, e construção de linhas de cuidado próprias para as necessidades dos municípios. Também nos espaços de qualificação e formação foi intensificada a possibilidade de contar com o apoio institucional e avivar parcerias com o controle social do SUS e trabalhadores.

Dada a Reforma do Estado que se manifestou na Administração Pública desde o Governo Collor [início dos anos 1990] e perpassou por todos os demais governos seguintes de modo mais ou menos intenso, a discussão sobre a responsabilidade estatal no cuidado da saúde continua. As políticas neoliberais que foram implantadas concomitantes ao SUS tornaram os recursos escassos e, para gestão da força de trabalho em saúde, não foram suficientes [RIZZOTTO *et al.*, 2014].

O Estado permitiu a administração direta ou indireta do trabalho em saúde, a participação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público [OSCIP] [BRASIL, 1999], Organizações Não Governamentais e Fundações [de direito público ou privado]. Mais recentemente, foram flexibilizados os contratos de trabalho na reforma trabalhista. De igual modo, a emenda Constitucional 95/2016 [BRASIL, 2016], que congelou os recursos para a saúde ao longo de 20 anos, poderá determinar a minimização de concursos públicos na saúde, o enfraquecimento das políticas de formação e qualificação do trabalho em saúde e a precarização dos vínculos trabalhistas. Estas ações estatais que remetem ao Estado mínimo são uma realidade para o trabalhador em saúde, e permitem vínculos trabalhistas diferentes dos profissionais de carreira, bem como distintos vínculos de formação e qualificação.

Apresentada a breve historicidade do processo de Reforma do Estado, e seus reflexos sobre a força de trabalho do SUS, verifica-se que a Reforma do Estado brasileiro foi determinada pelos interesses econômicos, e mediada por movimentos populares que buscavam direitos sociais. Esta Reforma, no setor saúde, foi efetivada com a criação do SUS e, para exercer sua função numa nova dialética, a força de trabalho passou por intenso processo de capacitação, formação e qualificação.

Ainda há fragilidades nas relações de trabalho, no contingente de trabalhadores (em especial na distribuição para os municípios menores), mas o avanço conquistado em menos de 30 anos de história do SUS pode espelhar políticas públicas de outros países, e direcionar que trabalhadores, usuários e gestores continuem fortalecendo o SUS. Anseia-se que, a despeito dos governantes, as políticas públicas de saúde, que cientificamente são eficazes e atendem ao povo brasileiro na sua totalidade e especificidades, sejam mantidas. E a força de trabalho própria do SUS capacitada e qualificada é a propulsora que tende a realizar estes anseios.

O PARANÁ E A ORGANIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

A implementação do Programa Saúde da Família [PSF] em 1994, atualmente Estratégia Saúde da Família [ESF], representou um marco importante para a Atenção Primária à Saúde, na medida em que promoveu a reorganização do modelo de atenção no Brasil.

Em se tratando da saúde bucal, foi somente no ano 2000 que se propôs um incentivo para a sua reorganização, por meio da Portaria nº 1.444. A referida Portaria definiu que a inserção das equipes de saúde bucal [ESB] tinha o propósito de ampliar o acesso às ações de saúde [BRASIL, 2000]. Posteriormente, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal [PNSB], o Brasil Sorridente, o qual garante ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros [BRASIL, 2013].

A inserção de equipes de saúde bucal na ESF proporcionou o aumento da cobertura populacional, bem como dos empregos para profissionais da

área da Odontologia, gerando impactos positivos no acesso aos serviços, bem como em relação ao mercado de trabalho [UFMG, 2006].

No estado do Paraná, em 2014, foi proposta a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), compreendendo um conjunto de ações com vistas ao controle das doenças bucais, por meio da promoção da saúde, prevenção, limitação dos danos e reabilitação do paciente. O propósito é sair da atuação isolada e pontual para um modelo de atenção à saúde que priorize o cuidado e que seja mais resolutivo. O seu público-alvo compreende toda a população dos 399 municípios que compõem o estado, com o propósito de melhorar a sua qualidade de vida, a eficácia e a eficiência dos serviços [PARANÁ, 2016a].

Para o desenvolvimento da rede é importante levar em conta o vínculo de trabalho dos profissionais, a capacitação permanente, a perspectiva de negociação das condições de trabalho, a existência de plano de carreira, entre outros fatores. Os recursos humanos são, portanto, fundamentais. É por meio das relações estabelecidas entre os profissionais e usuários e entre os trabalhadores que se possibilitam as mudanças necessárias nos serviços [NUNES *et al.*, 2015].

O processo de formulação da Rede de Atenção à Saúde Bucal demandou três anos de trabalho, período este em que se buscou estabelecer um modelo de gestão com ênfase na educação permanente. Em seguida, buscou-se estabelecer um modelo integrado de atenção à saúde bucal, que priorize a valorização profissional, o acolhimento e a humanização [PARANÁ, 2016a].

Em 2016, a Secretaria de Estado da Saúde e o Conselho Estadual de Saúde apresentaram o Plano Estadual de Saúde Paraná 2016 – 2019. O referido documento destaca a APS como principal coordenadora da Atenção à Saúde no estado do Paraná. O objetivo é implementar um modelo de gestão que priorize o trabalho em equipe e a educação permanente dos profissionais [PARANÁ, 2016b].

Em se tratando da qualificação profissional e dos processos de trabalho, destaca-se a formulação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), em 2011, o qual propôs uma nova forma de organização da APS, aproximando o Estado e os Municípios, fortalecendo

a implantação das Redes de Atenção à Saúde. O objetivo é ordenar os processos de trabalho das equipes; organizar as ações de saúde e os fluxos, visando à integralidade da atenção; instrumentalizar as equipes para as práticas de Vigilância em Saúde; implementar as Redes de Atenção à Saúde em todas as regiões do estado; implementar um modelo de atenção voltado às condições agudas e crônicas; e desenvolver ações de Promoção da Saúde e ações intersetoriais [PARANÁ 2016b].

O referido programa é implementado em duas fases: na primeira há um processo de educação permanente, envolvendo as Regionais de Saúde, Municípios e Universidades na realização de oficinas de planificação da Atenção Primária à Saúde, destinadas a trabalhadores e gestores da saúde [PARANÁ, 2019]. A segunda fase traz intervenções práticas sob a supervisão de instrutores, a fim de apoiar as equipes para que se cumpram as funções da APS. Neste sentido, na primeira fase foram distribuídos materiais de orientação ao cirurgião-dentista, para auxiliar o processo de estratificação de risco no âmbito da saúde bucal e de classificação das urgências odontológicas [PARANÁ 2016b].

Para a implantação da Rede de Saúde Bucal, e o desenvolvimento das ações prioritárias, os incentivos financeiros estaduais são fundamentais. Desta forma, foi instituído o Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Bucal, na APS; o Incentivo Financeiro Estadual para custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais Tipo II e III, na Atenção Secundária. Como resultado, verificou-se a ampliação da cobertura de saúde bucal na APS, com o aumento de equipes de saúde bucal, a ampliação do atendimento às Pessoas com Deficiência; a expansão do número de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária; a parceria com as Universidades Estaduais; e o fortalecimento de ações de prevenção [PARANÁ, 2016b].

O PMAQ-AB como indutor do fortalecimento de vínculos e qualificação da força de trabalho no estado do Paraná

A expansão da ESF e das ESB passou a demandar políticas indutoras da qualificação tanto da estrutura quanto da atenção ofertada à população. Surge então o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica [PMAQ-AB], instituído pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho

de 2011, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente.

O PMAQ-AB surgiu da necessidade de avaliar a qualidade do serviço prestado, induzindo a qualificação da estrutura e do processo de trabalho [MENDES *et al.*, 2017]. Este programa está vinculando ao repasse de recursos a implementação e alcance dos padrões de acesso e de qualidade a serem atingidos pelas equipes de saúde [BALDANI *et al.*, 2018], na lógica da remuneração por desempenho. O primeiro ciclo foi realizado entre 2011 e 2012, o segundo ocorreu entre 2013 e 2014 e o terceiro no período de 2015-2017.

A criação do PMAQ-AB leva em consideração a mobilização de trabalhadores, gestores e usuários para implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços. A mobilização proposta tem articulação com uma avaliação e, conseqüentemente, certificação, vinculada a repasses de recursos financeiros conforme o desempenho alcançado pela equipe na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa [PINTO; SOUZA; FERLA, 2014].

Segundo o Departamento de Atenção Básica [DAB/MS], remunerar por desempenho implica vincular incentivos financeiros ao desempenho alcançado. Para ser considerado como método de remuneração por desempenho, o pagamento de incentivo financeiro às equipes de Atenção Básica deve estar condicionado ao alcance, por essas equipes, de determinados níveis de desempenho, previamente pactuados entre os gestores e trabalhadores.

O PMAQ-AB é uma ferramenta de gestão capaz de atuar como importante indutor de mudanças no processo de trabalho de forma a garantir que os serviços ofertados sigam os princípios essenciais da atenção primária à saúde, além disso, os resultados encontrados podem servir como mecanismo para estimular a reflexão, por parte da equipe, sobre o seu processo de trabalho e, conseqüentemente, incentivar mudanças necessárias [FAGUNDES *et al.*, 2018].

O município que adere ao PMAQ-AB deve implantar e/ou qualificar

os padrões de qualidades, bem como adequar-se às exigências de disponibilidade de informação e monitoramento, além de desenvolver ações de educação permanente e de apoio às equipes em todas as ações e fases de programa [BALDANI *et al.*, 2018], com objetivo de qualificar a força de trabalho e melhorar os processos de trabalho, desta forma, o PMAQ-AB atua como um indutor no fortalecimento da ESF e, conseqüentemente, da área de saúde bucal.

Sistemas de saúde orientados pela APS impactam positivamente a saúde, pois quanto mais forte a presença de seus atributos, mencionados anteriormente, melhores serão os resultados alcançados. Desta forma, estudos [PINTO; SOUZA; FERLA, 2014; BALDANI *et al.*, 2018] já demonstraram que programas que atuam como indutores de mudanças positivas, por meio de remuneração de desempenho, podem contribuir no fortalecimento dos vínculos, na qualificação da força de trabalho e do processo de trabalho, favorecendo a realização dos atributos da APS.

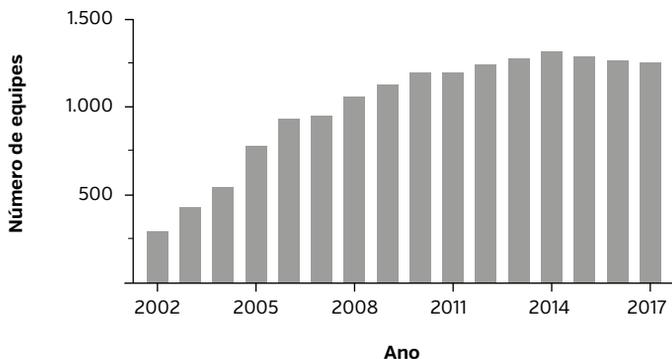
A configuração das equipes de saúde bucal no estado do Paraná

Em se tratando do número de equipes de saúde bucal, observou-se sua ampliação desde 2002, ano em que contava com 291 equipes, até 2014, quando atingiu a marca de 1.318 equipes. Posteriormente, observou-se leve declínio e estabilização, com 1.259 equipes em 2017, conforme observado no gráfico 1.

Em consonância com os dados anteriores, observou-se também a ampliação do número de municípios atendidos, passando de 165 em 2002 para 348 em 2017. Os valores transferidos fundo a fundo seguiram a mesma tendência, em 2002 o valor transferido foi de R\$ 4.093.745,99; atingindo um pico de R\$ 41.345.990,00 em 2014; com leve decréscimo até 2017, quando o repasse foi de R\$ 35.597.685,00 [BRASIL, 2019].

Sobre a cobertura populacional, houve ampliação até 2009, passando de 1.808.695 habitantes [18,66% da população] em 2002, para 5.772.785 habitantes [54,51% da população] em 2009. Posteriormente, houve redução da cobertura, a qual se limitou a 4.121.003 habitantes em 2017 [36,65% da população] [BRASIL, 2019].

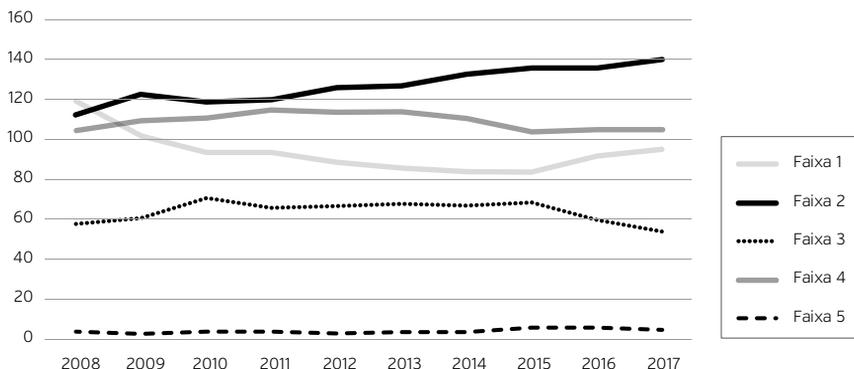
GRÁFICO 1 – Número de equipes de saúde bucal implantadas



Fonte: BRASIL. SAGE (2019).

A análise da evolução das ESB atuantes na ESF no Paraná, no período compreendido entre 2008 e 2017, por meio da relação entre aquelas existentes e aquelas recomendadas por município [projeção de 1 equipe de saúde bucal para cada três mil habitantes], permite classificar os Municípios em cinco faixas de atendimento: Faixa 1: $\leq 25\%$; Faixa 2: $> 25\%$ e $\leq 50\%$; Faixa 3: $> 50\%$ e $\leq 75\%$; Faixa 4: $>75\%$ e $\leq 100\%$; e Faixa 5: $> 100\%$ (COUTO, 2017), conforme observado no gráfico 2:

GRÁFICO 2 - Número de municípios paranaenses por faixas de equipes de Saúde da Família com equipe de Saúde Bucal entre 2008 e 2017



Fonte: DITTERICH *et al.* (2019).

Observou-se redução do número de municípios da faixa 1, passando de 119 municípios em 2008 para 95 em 2017. Houve ampliação do número de municípios da faixa 2, passando de 113 para 140. Observou-se redução do número de municípios encontrados na faixa 3, passando de 58 para 54. Em relação à faixa 4, esta se manteve estável, com 105 municípios. Na faixa 5, observou-se um aumento de 1 município, passando de 4 para 5. Houve avanços na implantação das ESB na ESF no período analisado, com ampliação dos municípios situados na faixa 2, porém nas faixas com maior cobertura [3, 4 e 5] não foi observado muito progresso, com relativa estabilidade [DITTERICH *et al.*, 2019].

Em 2013, ano da adesão dos municípios ao segundo ciclo do PMAQ-AB, havia 1.883 equipes de atenção básica no Paraná [ESF e equipes parametrizadas], sendo que 1.712 [90,9%] destas, localizadas em 373 municípios, realizaram a contratualização junto ao programa. A Rede de Saúde Bucal contava, na época, com 1.247 ESB [ESF ou parametrizadas], 50 CEO, 55 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, além de serviços de alta complexidade, sistemas de apoio diagnósticos e as universidades. Entre as ESB, 1.218 [97,7%] haviam aderido ao programa em 86,5% dos 357 municípios que possuíam essas equipes.

Do total das ESB contratualizadas no Paraná, 1.017 efetivamente participaram da etapa de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, e 201 [16,5%] assinaram termo de desistência. Destas, 65,2% eram ESB modalidade I [cirurgião dentista + auxiliar de saúde bucal], 32,2% modalidade II [cirurgião dentista + técnico em saúde bucal + auxiliar em saúde bucal] e 2,6% parametrizadas.

Características de formação e valorização do trabalho das equipes de saúde bucal no Paraná no segundo ciclo do PMAQ-AB

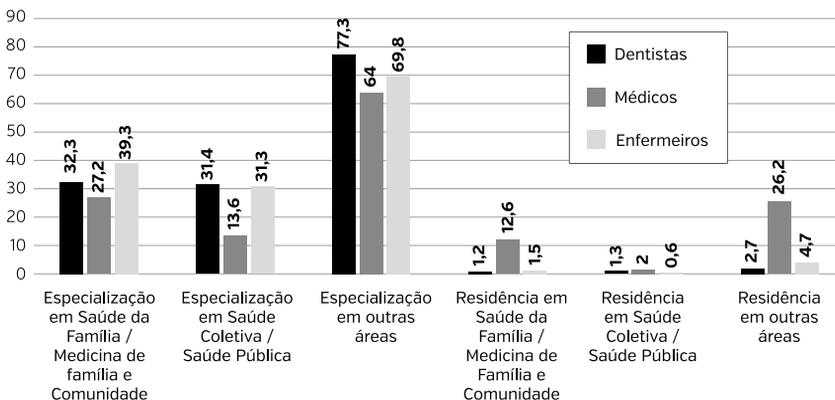
Na etapa de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, as informações relativas às condições de acesso e de qualidade das ESB foram obtidas a partir de dois instrumentos contendo padrões preestabelecidos segundo as normas, protocolos, princípios e diretrizes que orientam a Política Nacional de Saúde Bucal: um módulo relativo à identificação da modalidade de atuação da equipe e estrutura da Unidade Básica de Saúde [módulo V]; e um módulo destinado a configurar o processo de trabalho das

equipes (módulo VI), que constava de entrevista com profissional da ESB (cirurgião-dentista ou técnico/ auxiliar em saúde bucal).

Os profissionais que responderam ao Módulo VI eram, em maioria, cirurgiões-dentistas [94,5%], com formação complementar [72,6%], e atuavam na ESB há três anos ou mais [69,2%]. No estudo de Rizzotto *et al.* [2014], os autores avaliaram a força de trabalho do SUS em municípios paranaenses, a partir de dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB, realizado em 2012. Revelou-se que agentes comunitários de saúde, médicos, auxiliares de enfermagem e enfermeiros foram as profissões mais frequentes nas equipes. Cirurgiões dentistas representavam quase um terço da força de trabalho dos médicos [14,8 vs 5,3%]. Aproximadamente a metade dos trabalhadores tinham entre 1 e 5 anos de vínculo nas equipes.

Em relação à formação de pós-graduação, os cirurgiões-dentistas se destacaram como os profissionais que, em proporção, mais tinham cursos de especialização em Saúde da Família no estudo de Rizzotto *et al.* [2014]. O gráfico 3 apresenta a qualificação dos cirurgiões dentistas que responderam ao módulo IV do segundo ciclo do PMAQ-AB, comparada à dos profissionais médicos e enfermeiros que responderam ao módulo II, relativo às ações das Equipes de Saúde da Família. No caso, foram incluídos 1.789 profissionais respondentes, dos quais 149 [8,3%] deles eram médicos e 1.161 [64,9%] enfermeiros.

GRÁFICO 3 - Qualificação dos profissionais que responderam ao instrumento de avaliação externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB no Paraná



Fonte: Os autores [2019], com dados disponibilizados pelo MS-DAB.

Observa-se que a grande maioria dos profissionais declarou possuir especialização, sendo que 63,7% dos cirurgiões-dentistas, 70,6% dos enfermeiros e 40,8% dos médicos eram especialistas em áreas relativas à Saúde da Família ou Saúde Coletiva. No caso dos médicos, observou-se uma proporção significativa de profissionais com residência em Saúde da Família, Medicina da Família e Comunidade ou Saúde Coletiva [14,6%]. Resultados similares foram obtidos na avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB em 2012 considerando o banco de dados nacional, conforme relatado por Seidl *et al.* [2014]. No segundo ciclo, no Paraná, cerca de 10% dos médicos e dentistas e 6% dos enfermeiros possuíam mestrado e uma pequena proporção possuía doutorado.

Dentre os respondentes das ESB, 90% deles relataram que ingressaram no serviço por concurso público, porém observou-se 10% de contratos temporários. Condição similar foi encontrada entre os médicos e enfermeiros. Em 2012, o primeiro ciclo do PMAQ-AB identificou que mais de 80% dos respondentes no Paraná haviam ingressado por concurso público, mas 23,6% tinham vínculo CLT. As relações de trabalho investigadas na avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB estão demonstradas na tabela 1.

Os dados do PMAQ-AB de 2014 revelaram que os vínculos trabalhistas se mostraram mais precários em municípios de menor porte demográfico e pior condição socioeconômica. Analisando o perfil e as relações laborais de 1.680 trabalhadores da Atenção Básica do SUS em municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Nunes *et al.* [2015] verificaram que dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal compunham aproximadamente 13% da força de trabalho no SUS dos municípios estudados. Sobre a carga horária semanal de trabalho, quase a metade dos dentistas foram contratados para cumprir entre 30 e 40h de trabalho.

Nunes *et al.* [2015] verificaram ainda um percentual elevado (80%) de profissionais entrevistados que relataram ausência de planos de carreira, cargos e salários (PCCS) nos municípios de pequeno porte demográfico do Norte do Paraná. Considerando todos os municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, os resultados indicaram que 50,3% das equipes de saúde bucal respondentes indicaram possuir PCCS. Entre as equipes

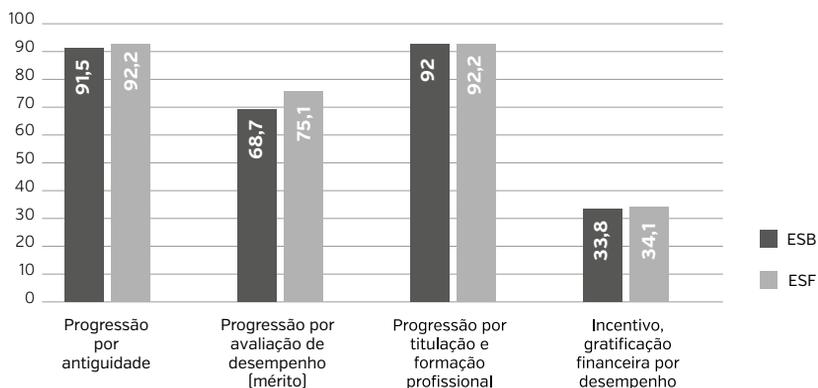
participantes, com ou sem saúde bucal, a proporção de existência de PCCS foi de 42,5%. As características dos planos de carreira indicados pelas ESB e pelos profissionais que responderam pelas ESF estão apresentadas no gráfico 4. Nos PCCS predominam os mecanismos de progressão tradicionais, como antiguidade e titulação, estando os relacionados a processos avaliativos de desempenho em menor frequência, e predominam nos municípios de maior porte populacional e melhores condições socioeconômicas.

TABELA 1 - Vínculos de trabalho das equipes de Saúde Bucal participantes da avaliação externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB no Paraná, 2014

AGENTE CONTRATANTE	N	%
Administração direta	865	85,5
Consórcio intermunicipal	9	0,9
Fundação pública de direito público	110	10,9
Fundação pública de direito privado	4	0,4
OSCIP	7	0,1
Empresa	12	1,2
Outros	11	1,1
TIPO DE VÍNCULO		
Servidor público estatutário	681	67,3
Cargo comissionado	7	0,7
Contrato temporário de administração pública	15	1,5
Contrato temporário de prestação de serviços	24	2,4
Emprego público CLT	234	23,1
Contrato CLT	45	4,4
Autônomo	2	0,2
Outro	4	0,4

Fonte: Os autores (2019), com dados disponibilizados pelo MS-DAB.

GRÁFICO 4 - Características dos planos de carreira, cargos e salários dos profissionais de saúde bucal que participaram da avaliação externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB no Paraná



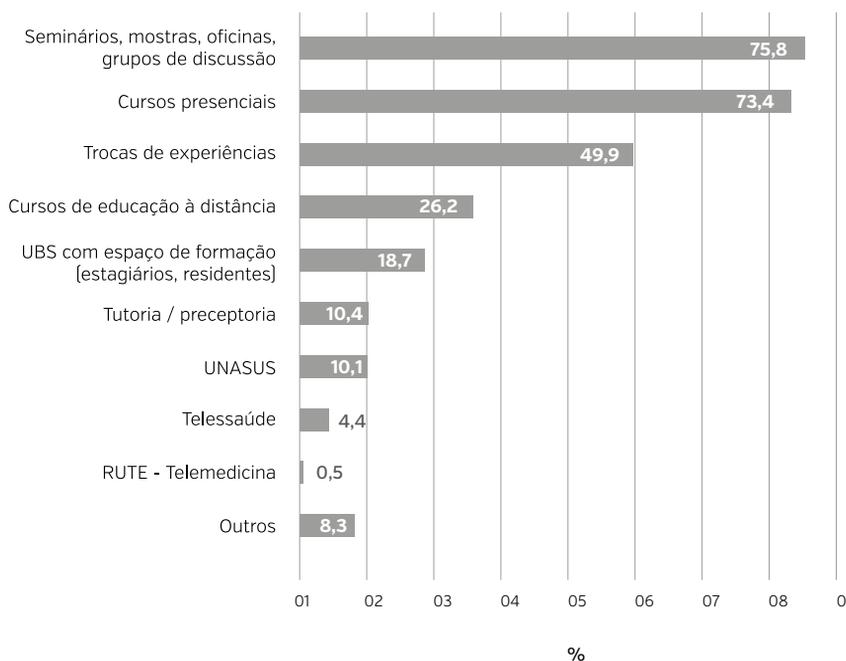
Fonte: Os autores (2019), com dados disponibilizados pelo MS-DAB.

Como já explanado anteriormente, no cenário do ensino das profissões de saúde e da educação continuada, o Paraná tem uma trajetória de integração docente assistencial que foi sendo constituída com o fortalecimento do papel da SESA-PR na descentralização dos serviços de saúde, na configuração das Redes de Atenção e na construção de novos modelos centrados na Atenção Primária em Saúde. Dessa forma, não surpreende encontrar que 90,5% dos profissionais das ESB participantes do PMAQ-AB em 2014 tenham referido haver ações de educação permanente ofertadas pelo município. Porém, para 29,3% delas as ações de educação permanente não contemplam as reais necessidades da equipe.

O gráfico 5 apresenta a distribuição das ações de educação permanente das quais os respondentes participaram no ano anterior à entrevista, segundo o tipo. Observa-se que as mais frequentes são ações de educação continuada oferecidas pela gestão ou pela SESA para participações em grupos, como cursos, seminários, mostras, etc. Esse resultado é muito

diferente do obtido por Seidl *et al.* (2014) quanto às equipes de saúde da família participantes do primeiro ciclo do PMAQ-AB, para o Brasil, o que reforça a tradição formadora da SESA-PR e da Escola de Saúde Pública do Paraná.

GRÁFICO 5 - Tipos de ações de educação permanente que participaram no ano anterior, entre as ESB que responderam à avaliação externa do Segundo Ciclo do PMAQ-AB no Paraná.



Fonte: Os autores (2019), com dados disponibilizados pelo MS-DAB.

Ainda no gráfico 5 observa-se que pequena proporção dos profissionais de saúde bucal relata ter acesso à educação permanente ou continuada à distância ou consultas às diversas redes de Telessaúde. Estes predominam nos municípios de maior porte demográfico. Apesar de 18,7% das ESB relatarem que a unidade de saúde é acessível para formação

de acadêmicos e residentes em saúde, apenas 4,2% delas relataram que recebem estudantes de Odontologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentada a breve historicidade do processo de Reforma do Estado, e seus reflexos sobre a força de trabalho do SUS, verifica-se que a Reforma do Estado brasileiro foi determinada pelos interesses econômicos, e mediada por movimentos populares que buscavam direitos sociais. Esta Reforma, no setor saúde, foi efetivada com a criação do SUS e, para exercer sua função numa nova dialética, a força de trabalho passou por intenso processo de capacitação, formação e qualificação.

Um dos problemas enfrentados para a efetivação de uma Atenção Básica de qualidade é a organização da gestão dos serviços de saúde, com destaque para a questão dos recursos humanos. Segundo Junqueira *et al.* [2010], os principais desafios nessa área estão relacionados aos contratos de trabalho, como precárias formas de seleção dos profissionais, vínculos temporários e baixa remuneração. Outra questão a ser considerada é a qualificação e formação dos profissionais para trabalhar sob a lógica da atenção à saúde e o enfrentamento dos agravos em âmbito coletivo, o que afeta o desenvolvimento de vínculos profissional-comunidade e o impacto das epidemias na atuação da equipe de saúde.

Os resultados apontados pela avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB indicam, para o Paraná, maiores proporções de municípios com vínculos trabalhistas adequados quando comparados aos resultados descritos para o Brasil como um todo. Além disso, um número considerável de equipes indicou que seus contratos preveem um plano de carreiras, cargos e salários que contemplam mecanismos de promoção por avaliação de desempenho, além do tempo de serviço e qualificação. No entanto, contratos precários ainda são mais evidentes nos pequenos municípios.

O estado do Paraná tem se destacado quanto à qualificação profissional no que concerne a organização das Redes de Atenção à Saúde. Isso se deve à tradição da Secretaria de Estado da Saúde em promover

formação e capacitação de recursos humanos, por intermédio dos centros formadores atualmente representados pela Escola de Saúde Pública do Paraná, e da estruturação de uma política de educação continuada nas regionais de saúde com o apoio das universidades.

Apesar dos avanços inquestionáveis, ainda há fragilidades nas relações de trabalho, no contingente de trabalhadores (em especial na distribuição para os municípios menores), mas as conquistas obtidas em menos de 30 anos de história de SUS podem espelhar políticas públicas de outros países, e direcionar que trabalhadores, usuários e gestores continuem fortalecendo o SUS. Anseia-se que, a despeito dos governantes, as políticas públicas de saúde, que cientificamente são eficazes e atendem ao povo brasileiro na sua totalidade e especificidades, sejam mantidas. E a força de trabalho própria do SUS capacitada e qualificada é a propulsora que tende a realizar estes anseios.

REFERÊNCIAS

BALDANI, M. H., *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v.42, p.145-162, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares-Cursos de Graduação**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao> Acesso em: 06 Mar. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de Dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm Acesso em: 06 Mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm Acesso em 06 Mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [DATASUS]. **Tecnologia da informação a serviço do SUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipePR.def> Acesso em: 12 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações do Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [PMAQ-AB] e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 jun. 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html> Acesso em: 06 Mar. 2019.

BRASIL. **Portaria n.º 1444/GM em 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/sileg/integras/142359.pdf> Acesso em 06 Mar. 2019.

BRASIL. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente – Equipes de Saúde Bucal**. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 25 fev. 2019.

COUTO, M. P. **A política brasileira de saúde pelas perspectivas normativa e avaliativa**: indicadores e mito da insuficiência de médicos para atuar na atenção básica de saúde. 288f. Tese [Doutorado em Políticas Públicas] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

DITTERICH, R. G., *et al.* **Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família**: avanços e desafios para a construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Estado do Paraná. In: CARRER, F.C.A.; PUCCA JR, G.A.; ARAÚJO, M.E. (org). SUS e saúde bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir – [Ebook: Gestão em Planejamento. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. P. 63-70.

FAGUNDES, D. M. *et al.* Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.9, p.1-14, 2018.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde** – PNAD 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

MENDES, S. R. *et al.* Dental procedures in primary health care of the Brazilian National Health System. **International Journal of Environmental and Public Health**, v.14, n.12, p. 1-6, 2017.

NUNES, E. F. P. A. *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 30-42, 2015.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NESCON / UFMG. **Caracterização dos Recursos Humanos nos Serviços Públicos Municipais de Saúde Bucal no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia Rede de Saúde Bucal**. 2.ed. Curitiba: SESA, 2016a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2874> Acesso em: 26 fev. 2019.

PAULO, V.; ALEXANDRINO, M. **Direito Constitucional Descomplicado**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2011.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v.6, n.2, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v.38, p.358-372, 2014.

PUCCA G. A. *et al.* Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **J Dent Res.**, v. 94, n.10, 2015.

RIZZOTTO, M. L. F. *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 237-251, 2014.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v.42, p.94-108, 2018.

SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

Pablo Guilherme Caldarelli | Cássia Cilene Dezan Garbelini | Acácia Maria Lourenço Francisco Nasr | Carolina de Oliveira Azim Schiller | William Augusto Gomes de Oliveira Bellani | Simone Tetu Moysés | Juliana Schaia Rocha | Marcia Helena Baldani | Giovana Daniela Pecharki

INTRODUÇÃO

O período gestacional é um acontecimento fisiológico em que diversas alterações biológicas demandam conhecimentos e abordagens diferenciadas dos profissionais da área da saúde. Nesse contexto, as evidências científicas mostram que a saúde bucal das gestantes tem relação direta com a sua saúde geral e pode influenciar de maneira significativa a saúde geral e bucal do bebê [BRASIL, 2005; BRASIL, 2008; FIGUERO *et al.*, 2013; PRESTES *et al.*, 2013; VERGNES *et al.*, 2013]. Além disso, a atenção e o cuidado odontológico durante o pré-natal e logo após o nascimento da criança mostram-se como uma oportunidade para estimular práticas e escolhas saudáveis, permitindo que os pais e cuidadores sejam orientados

para o desenvolvimento de ações domésticas do cuidado em saúde bucal, como a limpeza da cavidade bucal do bebê, o controle da amamentação noturna após os seis meses, o consumo racional de carboidratos, o uso racional de fluoretos, entre outros (DOMINGUES *et al.*, 2008; PRESTES *et al.*, 2013).

Nesse cenário, o estado do Paraná tem desenvolvido, há anos, ações e estratégias que proporcionam o fortalecimento da atenção à saúde bucal em consonância com a atenção materno-infantil. Dentre as experiências exitosas desenvolvidas no estado, destacam-se: a *Bebê-Clinica da Universidade Estadual Londrina (UEL)*, que desde a década de 1980 tem cumprido um importante papel na prestação de serviços à comunidade, no atendimento odontológico de crianças de zero a cinco anos de idade em programa educativo-preventivo e pronto-atendimento (CALDARELLI, 2017); a *Rede Mãe Paranaense (RMP)* que propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal, do puerpério e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças, incluindo a atenção e o cuidado odontológico durante todo o processo (PARANÁ, 2012b); a *Linha Guia para a Rede de Saúde Bucal* com orientações técnicas relacionadas às ações e ao processo de trabalho dos profissionais de saúde bucal do Estado, as quais enfatizam a importância do controle das doenças bucais das gestantes e crianças (PARANÁ, 2014); além dos materiais de apoio desenvolvidos para o pré-natal odontológico, como a *Cartilha da gestante: Cuidados com a Saúde Bucal*, que busca esclarecer as principais dúvidas, mitos e crenças em relação ao atendimento odontológico durante a gestação (ROCHA, 2017), e das práticas realizadas nos serviços de saúde, como a *puericultura na perspectiva da interprofissionalidade*.

Dessa forma, torna-se fundamental que ações e estratégias como essas sejam relatadas e compartilhadas, destacando a importância das experiências para o fortalecimento da saúde bucal na atenção materno-infantil e para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde no estado do Paraná.

NÚCLEO DE ODONTOLOGIA PARA BEBÊS (BEBÊ-CLÍNICA/UEL)

“Educar prevenindo, prevenir educando.”

No que se refere à promoção da saúde bucal e à prevenção das doenças bucais no estado do Paraná, historicamente, as ações estiveram sempre pautadas em programas educativo-preventivos com a finalidade de proporcionar a adoção de corretas práticas de higiene bucal e a redução da prevalência das patologias bucais. Neste cenário, destaca-se o pioneirismo do Estado na estruturação do Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal. O programa surgiu no ano de 1985, na forma do projeto “Plano de Atendimento Odontológico no Primeiro Ano de Vida” proposto pelo Professor Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter (*In memoriam*), da área de Odontopediatria, do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina [UEL]. O projeto foi aprovado e financiado pela Financiadora de Estudos e Projetos [FINEP - Projeto no 4385005300], em resposta a uma tendência mundial de atenção odontológica às crianças de baixa idade, visando o controle da cárie dentária [WALTER; NAKAMA, 1994; SCARPELLI; RICIOLI; WALTER, 1996; BALDANI; LOPES; KRIGER; MATSUO, 2003].

A partir da aplicação do conceito de atendimento odontológico a bebês e da divulgação dos resultados, a Bebê-Clínica/UEL/FINEP foi inaugurada em 12 de março de 1986, e essa experiência passou a ser transferida para o setor público (municípios e universidades), a partir de 1988 [CALDARELLI, 2017]. O objetivo era alcançar mudanças conceituais na época, por meio da conscientização da população para o atendimento precoce e manutenção da saúde bucal. A nova filosofia propunha o atendimento odontológico à criança antes de completar o primeiro ano de vida, centrado principalmente na educação do núcleo familiar, para realização de manobras preventivas no âmbito doméstico, como a limpeza da cavidade bucal, o controle da amamentação noturna após os seis meses, o consumo racional de carboidratos e a aplicação tópica de fluoretos [WALTER; NAKAMA, 1994; SCARPELLI; RICIOLI; WALTER, 1996; BALDANI; LOPES; KRIGER; MATSUO, 2003].

Os resultados do programa levaram à estruturação da Odontologia para Bebês no estado do Paraná pela Secretaria da Saúde do Estado no ano de 1997. A implantação de Clínicas de Bebês nos municípios paranaenses foi, então, estabelecida como principal estratégia do Estado na área de saúde bucal, com o objetivo de oferecer atendimento a crianças de zero a 36 meses de idade. Para isso, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) junto à Universidade Estadual de Londrina (UEL) promoveram a capacitação de 212 profissionais de saúde bucal para atender nas Clínicas de Bebês. Foram oferecidos cursos de capacitação, conduzidos pela equipe de professores da Bebê-Clínica/Uel/FINEP, além do repasse de recursos e equipamentos odontológicos para aproximadamente 200 municípios do estado [CALDARELLI, 2017]. Para o programa estadual foi adotada a metodologia proposta pela Bebê-Clínica/Uel/FINEP, alicerçada no lema: “*Educar prevenindo, prevenir educando*” [WALTER; NAKAMA, 1994; WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996].

A metodologia foi normatizada em um manual específico com os objetivos e metas a serem cumpridos pelos municípios, bem como orientação para a estruturação e implantação do programa, sendo utilizado em todo o estado do Paraná [SCARPELLI; RICIOLI; WALTER, 1996; BALDANI; LOPES; KRIGER; MATSUO, 2003; CALDARELLI, 2017]. Nesse contexto, a Bebê-Clínica da UEL tornou-se um centro de referência nacional e internacional no estudo e na prática da Odontologia para Bebês, desempenhando intensas ações de responsabilidade social, como a qualificação dos profissionais para atuação nos serviços de saúde bucal.

Atualmente, a Bebê-Clínica/Uel presta serviços à comunidade, por meio do Sistema Único de Saúde [SUS], no atendimento odontológico de crianças de zero a cinco anos de idade, no programa educativo-preventivo e de pronto atendimento. Mensalmente são realizados cerca de 740 atendimentos preventivos, os quais estão fundamentados na prevenção das doenças bucais, como também no controle do padrão de saúde bucal. O atendimento de pronto-socorro, além de beneficiar os pacientes do programa educativo-preventivo, recebe pacientes encaminhados das Unidades Básicas de Saúde [UBS] da região metropolitana de Londrina, bem como de várias regiões do estado do Paraná, com a realização de procedimentos desde a baixa até a alta complexidade, uma vez que o serviço se constitui como referência para a área.

REDE MÃE PARANAENSE

A Rede Mãe Paranaense [RMP] foi inicialmente contemplada pelo Plano de Governo 2011-2014 como uma das principais propostas para a área de saúde. A consolidação desta proposta se deu com a sua inserção no Plano Plurianual de Governo 2012-2015 e na Lei Orçamentária Anual 2012, como uma iniciativa orçamentária. A iniciativa agrega projetos e atividades que visam atender ao mesmo propósito e geram produtos para a sociedade de bens e serviços. Em 2012, ocorreu a inserção no Plano Estadual de Saúde [PES] 2012-2015 como uma de suas diretrizes [PARANÁ, 2012b].

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR] frente a um sistema fragmentado de atenção à saúde materno-infantil, em 2012, implementou a RMP que propôs a organização da atenção nas ações do pré-natal, do puerpério e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida [PARANÁ, 2012b]. A RMP é um sistema organizado por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral à população materno-infantil no estado do Paraná, baseado nas Redes de Atenção à Saúde [RAS] e tendo como público-alvo mulheres e crianças [MENDES, 2011]. A implantação da RMP foi aprovada pela Deliberação CIB nº 12 de 05/04/2012 [PARANÁ, 2012a].

A RMP tem adesão dos 399 municípios do estado, e foi estruturada com base no fortalecimento e organização da Atenção Primária de Saúde [APS] voltada para os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecida [MENDES, 2011]. Nela considera-se a captação precoce da gestante, realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e uma de puerpério, a estratificação de risco de gestantes e crianças, o atendimento ambulatorial especializado e a vinculação das gestantes aos hospitais de referência conforme o risco e a análise dos indicadores de mortalidade materno-infantil [PARANÁ, 2012b].

Os alicerces para a organização dessa rede são os programas estruturantes: o Programa de Qualificação da Atenção Primária [APSUS], o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde [COMSUS] e o Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos [HOSPSUS]. Além de parcerias com as Universidades e Sociedades de

Especialidades de Enfermagem para a realização de cursos de capacitação profissional das equipes em todos os municípios e nos serviços hospitalares [PARANÁ, 2011; PARANÁ, 2012b].

A RMP tem como estratégia: 1) apoiar os municípios para melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária à Saúde [APS], investindo na construção, reforma, ampliação e equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde [UBS]; 2) estabelecer incentivo financeiro, fundo a fundo, aos municípios para custeio das equipes de saúde que atuam na APS com ênfase em critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social; 3) qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede por meio de programas de educação permanente; 4) implantar a Segunda Opinião e Telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de APS; 5) garantir a oferta de pré-natal de qualidade [consultas e exames] para as mães paranaenses, na Atenção Primária e na Atenção Secundária; 6) garantir referência hospitalar para o parto, de acordo com o grau de risco da gestante; 7) apoiar os municípios para a realização do acompanhamento das crianças de risco até um ano de vida; 8) estabelecer ambulatório de referência para as gestantes e crianças de risco; 9) padronizar a utilização da carteira da gestante e da criança em todo o estado; 10) instituir incentivo de qualidade ao parto para os hospitais que atendem aos critérios para uma adequada atenção à gestante e ao parto; 11) ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno e garantir o leite humano para crianças de risco, investindo na ampliação e melhoria dos bancos de leite humano e postos de coleta [PARANÁ, 2011; PARANÁ, 2012b].

Os níveis de atenção à RMP são: atenção primária à saúde, atenção secundária à saúde e atenção terciária à saúde. Na atenção primária à saúde os pontos de atenção à saúde são: equipes de Estratégia Saúde da Família [ESF], agentes comunitários de saúde [ACS] e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família [Nasf]. Na atenção secundária à saúde encontram-se os hospitais e maternidades de risco intermediário, ambulatórios de médio risco, unidades de internação pediátrica, unidades de terapia intensiva pediátrica, unidades de terapia intensiva e intermediária neonatal. Na atenção terciária à saúde estão os hospitais e maternidades de alto risco, casa da gestante e unidade de internação pediátrica especializada, unidade de terapia intensiva do adulto e unidade de terapia intensiva e intermediária pediátrica [PARANÁ, 2011].

A RMP propõe a organização da atenção materno-infantil, por meio da Linha de Cuidado de Atenção Materno-Infantil (PARANÁ, 2013). A Linha Guia visa a articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para condução oportuna e eficaz do usuário para diagnóstico e terapia em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância nas ações do pré-natal, parto, puerpério e do primeiro ano de vida das crianças. Dessa forma, objetiva-se a redução da mortalidade materna e infantil em todo o estado do Paraná (PARANÁ, 2013; MENDES, 2011).

Toda a estruturação da RMP baseia-se no fortalecimento da APS, a partir dos territórios sanitários resolutivos. A APS, organizada ou não por meio da ESF, é a porta de entrada da rede, uma vez que organiza as ações de pré-natal e o acompanhamento, desenvolve as atividades de busca ativa precoce à gestante e crianças menores de um ano, oferta de pré-natal e vincula as gestantes aos serviços (PARANÁ, 2011).

Para nortear a vinculação da gestante ao serviço de saúde pela APS foram definidos critérios de estratificação de risco da gestante e classificação dos hospitais por tipologia. Para isso, foram definidos três níveis de estratificação: risco habitual, risco intermediário e alto risco. O risco habitual inclui as gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo. Já o risco intermediário engloba as gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior. No alto risco, as gestantes apresentam fatores de riscos como: doenças clínicas preexistentes [hipertensão arterial, cardiopatias, dependência de drogas lícitas ou ilícitas], intercorrências clínicas [doenças infectocontagiosas, doença hipertensiva específica da gravidez, trabalho de parto prematuro, placenta prévia] (PARANÁ, 2011; PARANÁ 2012b).

A partir dessa identificação, a RMP oferece o atendimento nos diversos níveis de atenção, tanto para a gestante como para a criança até um ano de vida. Assim, as gestantes e crianças consideradas de risco intermediário e alto risco serão encaminhadas para os serviços secundários ambulatoriais

segundo a constituição da rede na região e/ou macrorregião e, dependendo do caso, para uma referência estadual. O território da Atenção Secundária Ambulatorial para a RMP são as 22 Regionais de Saúde do Estado, que devem prever e organizar, no mínimo, um serviço para atendimento à gestante de alto risco e de risco intermediário, que pode estar localizado em um ambulatório do hospital de referência à gestante de alto risco e risco intermediário e/ou nos consórcios intermunicipais de saúde (PARANÁ, 2012b).

A melhoria da atenção primária é pressuposto para a organização da RMP, considerando que a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento e o da criança são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade, assim como a estratificação de risco da gestante e da criança, vinculando-os aos serviços especializados, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo adequado. Nesse cenário, os municípios que aderiram à RMP assinaram um Termo de Compromisso, no qual consta que o município se compromete a executar os indicadores de acompanhamento (PARANÁ, 2012b).

SAÚDE BUCAL NA REDE MÃE PARANAENSE

Como relatado anteriormente, a gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), no ano de 2012, priorizou a Rede Mãe Paranaense (RMP) - Rede de Atenção Materno-Infantil e propôs a organização com ênfase nas ações de pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida, incluindo o cuidado em saúde bucal (PARANÁ, 2012b).

Neste contexto, a Divisão de Saúde Bucal da SESA enfatizou a atenção em saúde bucal na rede de atenção materno-infantil, ou seja, o cuidado às gestantes e crianças até um ano e estimulou os profissionais de saúde bucal do Estado para a atenção a esses grupos. Em 2012, foram realizadas capacitações abordando a atenção à saúde bucal nas quatro macrorregiões com a participação de aproximadamente 400 cirurgiões-dentistas. Em 2014, foram realizadas capacitações sobre saúde bucal do

bebê e saúde bucal da gestante, em parceria com as universidades estaduais: Universidade Estadual de Maringá (UEM), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE), com a participação de aproximadamente 800 cirurgiões-dentistas.

No ano de 2014 também foi desenvolvida a Linha Guia Rede de Saúde Bucal com orientações técnicas relacionadas ao processo de trabalho a fim de nortear as ações dos profissionais de saúde bucal do Estado e a tomada de decisão baseada em evidências científicas (PARANÁ, 2012b). A Linha Guia enfatiza a importância do controle das doenças bucais das gestantes e crianças. Para o controle da doença cárie, a recomendação é que seja, preferencialmente, por meio de restaurações atraumáticas e da doença periodontal, por meio de raspagem, alisamento e polimento coronário.

Com intuito de incentivar a atenção integral e captação precoce da gestante, foi proposta na Linha Guia a meta de atingir 100% das gestantes com consultas odontológicas realizadas. Outras informações importantes são apresentadas na Linha Guia em relação ao atendimento das gestantes e lactantes, quanto ao uso de anestésicos, medicação específica, radiação ionizante e o período adequado para intervenção odontológica (PARANÁ, 2014).

O cuidado com a saúde bucal das gestantes deve ser um trabalho integrado de toda a equipe de saúde, pois muitos agravos que acometem a boca têm repercussão na saúde geral da paciente e em sua qualidade de vida. Parto prematuro e baixo peso ao nascer são problemas apontados por pesquisadores como relacionados com as doenças periodontais das gestantes, de maneira que deve ser dada uma atenção especial ao controle da doença durante este período (PARANÁ, 2014). Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e demais profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) devem estar atentos às necessidades de atenção em saúde bucal e encaminhar as pacientes para avaliação, orientação e tratamento odontológico. Os agentes comunitários de saúde (ACS) devem auxiliar na busca ativa da gestante quando há ausência na consulta agendada. A participação dos profissionais da saúde bucal nos grupos operativos para gestantes deve se tornar uma prática rotineira da atenção primária em

saúde [MOIMAZ; SALIBA; GARBIN, 2009].

A equipe de saúde bucal é responsável pelo pré-natal odontológico. Nestas consultas a gestante recebe orientações sobre higiene bucal, com ênfase no controle do biofilme, orientações sobre dieta e a necessidade do controle de suas doenças bucais. Para tanto, é importante considerar uma avaliação da saúde bucal da paciente pela equipe de saúde bucal já na primeira consulta do pré-natal e os problemas detectados resolvidos gradualmente [MOIMAZ; SALIBA; GARBIN, 2009].

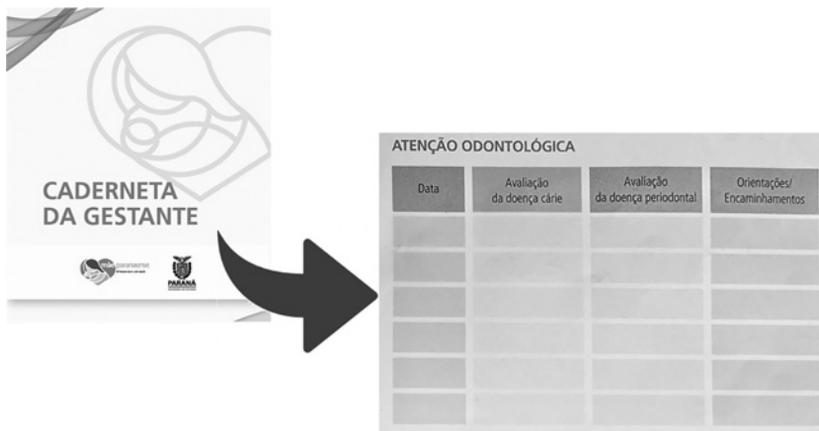
Entendendo a importância da atenção à saúde nos primeiros mil dias de vida do bebê, a puericultura odontológica também deve começar nos primeiros dias de vida, aproveitando a consulta do puerpério, programada para até o sétimo dia após o parto [VICTORA *et al.*, 2011]. Nesta consulta são dadas orientações e recomendações à nutriz e realizado o primeiro exame clínico para avaliação dos rodets gengivais e detecção de alguma anomalia bucal. As recomendações mais importantes a serem dadas durante esta consulta dizem respeito: ao aleitamento e amamentação, à cárie na primeira infância, à limpeza da boca e dos dentes, às alterações de desenvolvimento, à época de erupção dos dentes, aos hábitos deletérios e ao uso de fluoretos [WALTER *et al.*, 2014]. Essa importante temática será abordada de maneira específica, posteriormente, nesse capítulo.

Todas as ações realizadas, tanto para gestantes quanto para crianças, devem ser registradas em suas carteiras oferecidas pelo Estado. Na Caderneta da Gestante, utilizada na Rede Mãe Paranaense, encontram-se espaços específicos para os registros relacionados à atenção odontológica, os quais contemplam: avaliação da doença cárie, avaliação da doença periodontal, orientações e encaminhamentos (Figura 1).

A Linha Guia da Rede Mãe Paranaense ressalta que competem à equipe de saúde, durante todo o acompanhamento, envolvendo consultas e visitas domiciliares, avaliar a saúde bucal e orientar a gestante/lactante sobre a higiene bucal, marcar consulta de avaliação com a Equipe de Saúde Bucal, além de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, programando as consultas necessárias, incluindo consulta odontológica para o bebê [PARANÁ, 2012b]. Também propõe a meta de 100% das crianças

nascidas em 2015 chegarem aos cinco anos de idade, em 2020, com zero cárie (PARANÁ, 2014). Esta meta deve ser atingida e mantida para que possa reduzir a doença cárie nesta faixa etária.

FIGURA 1 - Atenção Odontológica na “Caderneta da Gestante” utilizada na Rede Mãe Paranaense.



A atenção integral em saúde bucal para gestantes e crianças deve ser ofertada pela rede de saúde bucal do Estado. Considerando que aproximadamente 80% dos problemas em saúde bucal devem ser resolvidos na APS [STARFIELD, 2002], as ações de atenção em saúde bucal para gestantes e crianças são realizadas em grande parte nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde é realizada a estratificação de risco de acordo com a Linha Guia, a qual considera as gestantes e crianças como prioritárias. É neste ponto de atenção que são desenvolvidas ações de promoção de saúde, prevenção, controle de doenças bucais e tratamento. Entretanto, os casos de maior complexidade são encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente (CRAID), Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal (CAIF), Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais (CEAPAC), clínicas universitárias de Odontologia do Estado ou

em situações específicas para os hospitais de referência [PARANÁ, 2014].

O Estado do Paraná, um dos pioneiros da fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil, apresenta uma cobertura de aproximadamente 96% das áreas urbanas. Esta importante ação de promoção de saúde também tem um grande impacto na saúde bucal de gestantes e crianças [PARANÁ, 2013].

Dessa forma, diante do discutido, ressalta-se que a atenção em saúde bucal para gestantes e crianças, na rede de atenção materno-infantil, deve ser enfatizada para que se possa atingir melhores indicadores e oferecer uma atenção integral para estes grupos prioritários.

CARTILHA DA GESTANTE: CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL

A gestação é considerada um período em que a mulher está mais vulnerável em relação à sua saúde bucal e geral, pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem [ADAY, 1994; FIGUERO *et al.*, 2013; VERGNES *et al.*, 2013]. Por isso a saúde da gestante está entre os grupos prioritários exigidos pela Estratégia Saúde da Família [ESF], sendo que o pré-natal deve ser marcado pela humanização e qualidade da assistência prestada, respaldadas pelo acolhimento e com foco na promoção de saúde [MEDEIROS *et al.*, 2000; COUNCIL, 2012].

A mulher pode estar mais susceptível às doenças bucais durante a gestação, devido às mudanças de hábitos alimentares e de higiene associadas às mudanças hormonais [RADNAI *et al.*, 2007; FIGUERO *et al.*, 2013; VERGNES *et al.*, 2013], além da atenção à saúde bucal limitadas nesse período [HEY-HADAVI, 2002]. Estudos mostram uma alta prevalência de alterações periodontais [FIGUERO *et al.*, 2013] e cárie dentária nesta população [RAKCHANOK *et al.*, 2010]. E essas doenças podem impactar negativamente na qualidade de vida das gestantes, causando limitação funcional, dor, desconforto psicológico e físico em um período em que a mulher precisa ter uma adequada nutrição e conforto psicológico para uma gestação tranquila [DE OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2006; NG e LEUNG, 2006].

A Organização Mundial da Saúde também tem enfatizado a importância dos primeiros mil dias de vida do indivíduo, que se inicia no período gestacional e que intercorrências neste período podem afetar a saúde do indivíduo na vida adulta [BHUTTA *et al.*, 2008]. Por exemplo, estudos mostram que a doença periodontal durante a gravidez pode ser um potencial fator de risco para prematuridade, baixo peso ao nascer e outros resultados adversos da gravidez, fatores que vão impactar na saúde durante toda a vida [SHANTHI *et al.*, 2012; IDE; PAPAPANOU, 2013; CORBELLA *et al.*, 2016].

Apesar disso, o atendimento odontológico é repleto de barreiras relacionadas aos mitos e crenças em relação à saúde bucal da gestante e à segurança do atendimento odontológico. Em recentes revisões sistemáticas [ROCHA *et al.*, 2018a; ROCHA *et al.*, 2018b], foi encontrado que mulheres têm medo do atendimento odontológico devido às crenças enraizadas na cultura da população. Os medos mais frequentes se referem a danos que a anestesia e radiografia odontológica podem trazer para o feto. Acreditar que alterações bucais durante a gestação são normais também afastam as gestantes do atendimento odontológico.

As evidências científicas atuais mostram que o período gestacional é o momento ideal para programas educativo-preventivos, uma vez que as gestantes estão mais receptivas a informações importantes a sua saúde e a do bebê [GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2007], que podem levar à adoção de novas e melhores práticas de saúde [CODATO *et al.*, 2008; FARIAS *et al.*, 2013]. A valorização e práticas em saúde da mulher podem ser modificadas com um pré-natal odontológico centrado no letramento em saúde, criando um espaço de diálogo e troca de conhecimentos para eliminação de mitos e crenças e medos/ansiedade do atendimento odontológico. Neste sentido, ações educativas e preventivas com gestantes tornam-se fundamentais para que a mãe cuide de sua saúde bucal e possa introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança [REIS *et al.*, 2010].

Apesar de todo esse conhecimento a respeito da importância de que a mulher tenha uma saúde bucal adequada e melhoria de hábitos durante a gestação, outra revisão sistemática da literatura mostrou que as intervenções durante o pré-natal odontológico são centradas na saúde

bucal infantil, com temas como: amamentação, uso de mamadeira, primeira consulta odontológica, nutrição, uso de flúor e outras questões relacionadas à prevenção da cárie precoce. A saúde bucal da mulher fica negligenciada, a qual deveria ser foco nesse período, pois a uma mulher empoderada em relação à saúde bucal é um agente multiplicador de saúde, modelador de hábitos para toda a família [BOGGESS *et al.*, 2010; REIS *et al.*, 2010].

Baseados neste panorama e com o intuito de encorajar a utilização de serviços odontológicos e impactar positivamente na saúde das gestantes e suas atitudes e crenças relativas à saúde bucal, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR] elaborou uma Linha Guia [PARANÁ, 2014], a qual estabelece a meta de 100% das gestantes com pelo menos uma consulta odontológica durante a gestação. Como material de apoio para o pré-natal odontológico, foi disponibilizada a *Cartilha da gestante: Cuidados com a Saúde Bucal*, a qual objetiva esclarecer as principais dúvidas, mitos e crenças em relação ao atendimento odontológico durante a gestação. Além disso, também se tem mostrado uma importante ferramenta para o processo de letramento em saúde e para adesão da gestante ao pré-natal odontológico. Esta parte do capítulo aborda o processo de elaboração da cartilha e sua etapa piloto (etapa de teste), além de trazer recomendações para o seu uso.

Processo de Elaboração

A *Cartilha da gestante: Cuidados com a Saúde Bucal* está vinculada ao projeto de doutorado intitulado “Acesso e adesão aos cuidados em saúde bucal durante a gestação: um enfoque nos determinantes psicossociais” do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa [ROCHA, 2017]. Sua organização contou com a colaboração de alunos de pós-graduação, graduação e profissional do serviço. O objetivo da cartilha foi melhorar a adesão das gestantes ao tratamento odontológico, além da estimulação do autocuidado, com informações sobre sua saúde bucal e as mudanças que ocorrem durante a gestação, esclarecimento de mitos sobre o atendimento odontológico, além de orientação de higiene para a gestante e o bebê.

Inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura com o objetivo de

levantar quais são as barreiras do atendimento odontológico relacionadas às gestantes (ROCHA *et al.*, 2018a; ROCHA *et al.*, 2018b). Foram elencados os principais mitos e crenças que influenciam a busca por atendimento odontológico e as dúvidas mais frequentes sobre o tratamento odontológico e o autocuidado durante a gestação. Estes foram incorporados à cartilha, junto com orientações sobre a saúde bucal da futura mãe e do bebê.

De acordo com a literatura levantada, foram elaborados cinco tópicos que contemplariam o conteúdo da cartilha: 1) *Por que é tão importante a gestante cuidar da saúde bucal?*; 2) *O que muda na minha saúde bucal durante a gestação?*; 3) *Posso receber tratamento odontológico durante a gestação?*; 4) *Como fazer minha higiene bucal?*; 5) *A saúde do bebê que está vindo*. As imagens a respeito da higiene bucal da gestante e do bebê foram retiradas de fontes do Ministério da saúde (BRASIL, 2012). O restante das imagens foi desenhado com auxílio do Corel Draw X6.

O primeiro pré-teste para avaliação da compreensibilidade foi realizado com 20 mulheres, dentre estas sete eram gestantes, a fim de testar se o texto estava apropriado e claro, e realizar as modificações necessárias. Nesta etapa, foi necessário realizar adaptações no conteúdo da cartilha. A dúvida “*perda de cálcio dos dentes?*” foi substituída por “*enfraquecimento dos dentes*”. Com relação à orientação sobre a mãe beijar a boca de seu filho, surgiu a dúvida sobre assoprar ou provar a comida do bebê, e esta foi incorporada ao texto. Além dessas, algumas correções gramaticais e de alguns termos foram realizadas.

Etapa Piloto

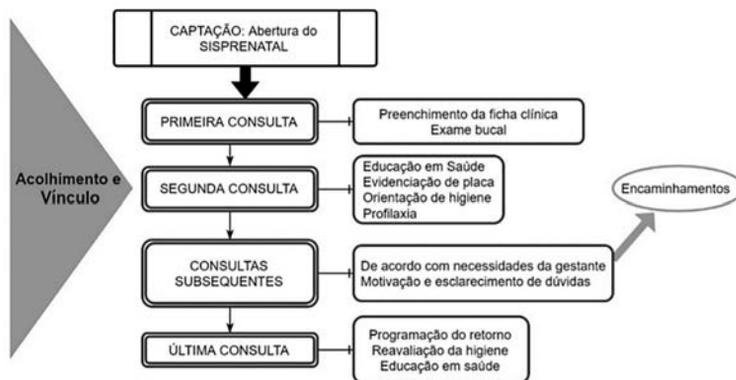
Após isso, a cartilha foi testada com 59 gestantes adscritas à Unidade Saúde da Família Sillas Salen, localizada na cidade de Ponta Grossa-PR. As gestantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) incluído neste estudo.

A cartilha foi inserida em um protocolo de atendimento, o qual encontra-se representado na Figura 2.

As enfermeiras realizavam o encaminhamento da gestante para iniciar o pré-natal odontológico logo após o cadastramento das mulheres

no SISPRENATAL. As consultas eram organizadas da seguinte maneira: primeira consulta - realização de exame clínico e elaboração do plano de tratamento; segunda consulta - realização de atividade educativa, com uso da cartilha para apoiar o processo de letramento em saúde bucal. A cartilha era dada para a gestante, sendo que seus tópicos eram abordados durante a consulta. Esse momento tinha como objetivo discutir e esclarecer dúvidas da gestante. A orientação de higiene era feita com auxílio da escovação supervisionada, com a evidenciação prévia do biofilme para que a gestante visualizasse os locais em que a escovação precisava ser melhorada e, assim, aumentasse as chances da promoção do autocuidado. Consultas subsequentes foram organizadas de acordo com o plano de tratamento proposto, com priorização de procedimentos de mínima intervenção.

FIGURA 2. Fluxograma do protocolo de atendimento à saúde bucal da gestante.



FONTE: ROCHA [2017].

Foi observado durante a pesquisa que a cartilha serviu como um importante material de apoio para o letramento em saúde, sendo que as gestantes levavam o material para casa, após sua discussão, o qual poderia ser utilizado para sanar medos e dúvidas persistentes da gestante e de seu núcleo familiar.

Dentre os principais achados deste piloto, as gestantes relataram mudanças em seus hábitos de higiene, principalmente relacionados à adesão no uso do fio dental, sentindo mudanças em sua condição de saúde. O método educativo chamou a atenção das gestantes, o que pode ser atribuído à técnica de abordagem pedagógica utilizada apoiada na cartilha da gestante, envolvendo a paciente durante todo o processo, desde a identificação de falhas e necessidade de mudanças em sua higiene, até na tomada de decisão. A grande maioria de medos e mitos em relação à segurança do atendimento odontológico foi eliminada, favorecendo a adesão das gestantes ao pré-natal odontológico. Maiores detalhes sobre esse estudo podem ser encontrados em Rocha [2017].

Teve-se a oportunidade de apresentar a cartilha nos municípios de Ponta Grossa - PR, Curitiba - PR, São José dos Pinhais - PR e Araucária - PR durante capacitações das Equipes de Saúde Bucal do serviço público de saúde para o atendimento odontológico, organizadas pelas respectivas prefeituras. A cartilha está disponível no site Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR].

Conteúdo da Cartilha

O primeiro tópico da cartilha *“Por que é tão importante a gestante cuidar da saúde bucal?”* traz informações sobre como problemas na saúde bucal podem afetar o desenvolvimento do bebê, podendo induzir o parto prematuro ou baixo peso ao nascer. Com relação ao tópico *“O que muda na minha saúde bucal durante a gestação?”*, ele aborda a relação entre a doença cárie, a doença periodontal e a gravidez, e esclarecimento sobre os mitos e verdades em torno destas doenças. Além disso, outras mudanças que ocorrem na boca durante a gestação também são descritas: a sensação de boca seca e vômitos frequentes.

Sobre o tratamento odontológico, dúvidas a respeito da segurança do atendimento durante a gestação são esclarecidas, como, por exemplo, se é possível fazer radiografias e tomar anestesia durante o atendimento. As orientações de higiene seguiram as preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Por fim, o tópico *“A saúde bucal do bebê que está vindo”* enfatiza

a importância do pré-natal odontológico e como a automedicação pode afetar o desenvolvimento do bebê. Além disso, traz informações sobre como realizar a higiene bucal antes e depois do nascimento dos primeiros dentes do bebê. E esclarecer hábitos, como assoprar a comida do bebê, e levar a importância da ida precoce da criança ao dentista.

FIGURA 3 - Ilustração da capa da Cartilha da Gestante.



Recomendações para Uso

Recomenda-se que a cartilha seja utilizada como método de apoio para o letramento em saúde, não como ferramenta única. O conteúdo dela deve ser abordado em sessão clínica ou durante atividades de grupos de gestantes, estabelecendo o diálogo e troca de saberes.

Cada tópico deve ser dialogado com gestante, a fim de identificar a

existência de alguma crença ou medo mais evidente da gestante, o qual deve ser trabalhado de forma mais aprofundada. Este momento estreita o vínculo entre paciente e profissional, favorecendo o estabelecimento de confiança que será imprescindível para que as barreiras do atendimento odontológico sejam superadas e, assim, que a mulher tenha um pré-natal odontológico de qualidade. Essa abordagem pedagógica de saúde problematizadora, não limitada na transmissão do conhecimento ou no treinamento das habilidades, envolve a paciente durante todo o processo, desde o esclarecimento de dúvidas, identificação de falhas e necessidade de mudanças em sua higiene, até na tomada de decisão. Este processo potencializa os efeitos do uso da cartilha e parece ser um facilitador para a mudança de hábitos de higiene, estimulando maior autonomia e empoderamento das gestantes.

Diante do exposto, a educação em saúde centrada na mulher pode se tornar um momento de aprendizado para promoção do autocuidado e transformador da mesma como agente multiplicador de saúde, pois é ela que será a modeladora de hábitos para toda a família. A cartilha da gestante deve ser usada como uma ferramenta de letramento em saúde, enriquecendo o momento da consulta, o qual se torna um espaço de diálogo e troca de conhecimentos. Sendo que esse conhecimento pode ser levado para seu núcleo familiar e pessoas do convívio da gestante, favorecendo a superação das barreiras do pré-natal odontológico.

ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA PUERICULTURA

A puericultura simboliza uma área da Estratégia Saúde da Família [ESF] que proporciona a atenção à saúde de crianças de zero a seis anos de idade para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que se atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Por isso, leva em consideração o ambiente familiar da criança, o território onde ela está inserida, condições de vida da comunidade, aspectos comportamentais e estilos de vida [BRASIL, 2005b]. Suas atividades principais contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação em saúde para a criança e seus familiares [FERREIRA, 1999; PICCINI *et al.*, 2007; CAMPOS *et al.*, 2011].

Os cuidados com a saúde da criança podem ser realizados principalmente por trabalhadores das equipes Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal (eSB) e Núcleo de Apoio (ou Ampliado) à Saúde da Família (Nasf) [BRASIL, 2005b; CIAMPO *et al.*, 2006; ANACLETO, 2007]. As atividades da Puericultura dessas equipes se caracterizam pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento. Para estabelecer a saúde integral da criança, algumas ações dos profissionais de saúde envolvem [CAMPOS *et al.*, 2011, BRASIL, 2017; BRASIL, 2018]:

- identificar crianças em situação de vulnerabilidade social;
- fazer busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- desempenhar ações de atenção à saúde da criança, por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde;
- promover reuniões em equipe para discussão dos casos em conjunto e planejar as ações a serem realizadas;
- acompanhar e avaliar essas ações, a fim de manter os dados atualizados para análise da situação de sua saúde;
- participar de atividades de educação permanente na equipe e de educação em saúde para a população adstrita.

No que se refere à atenção em saúde bucal do recém-nascido até os seis anos de idade no âmbito familiar dentro da ESF, é importante mencionar o trabalho desenvolvido pela puericultura odontológica, a qual deve ser observada em um contexto de integralidade, com os trabalhadores de saúde atuando em conjunto e de maneira integrada. A puericultura odontológica deve começar nos primeiros dias de vida do bebê, aproveitando-se a consulta do puerpério, programada para até sete dias após o parto, quando devem ser dadas orientações e recomendações à nutriz e realizado o primeiro exame clínico para avaliação da higidez dos rodets gengivais e a detecção de alguma irregularidade na condição bucal [BRASIL, 2005a; PARANÁ, 2016].

As recomendações mais importantes a serem dadas durante essa consulta dizem respeito a [STOCCO; BALDANI, 2011; PARANÁ, 2016]:

- aleitamento materno;
- alimentação saudável;
- cárie na primeira infância (estabelecimento precoce, “cárie de mamadeira”);
- higienização bucal;
- alterações de desenvolvimento;
- erupção dos dentes (quando e como);
- chupetas e hábitos viciosos;
- uso de fluoretos.

Sugestão de atividades em equipe para a puericultura odontológica

Os membros da eSB podem realizar o primeiro contato por meio de atividades em grupo (ex.: orientações aos pais e responsáveis e, em seguida, o exame clínico dos bebês), interconsulta (ex.: atendimento conjunto do médico ou enfermeiro com o cirurgião-dentista, ou de outros profissionais, caso tenha o Núcleo de Apoio ou Ampliado à Saúde da Família - Nasf) ou consulta sequencial programada (ex.: estipular o dia da consulta odontológica no mesmo dia e horário da consulta de acompanhamento médico e de Enfermagem). Uma planilha pode ser construída com toda a equipe para serem armazenadas as informações coletadas nas consultas pré-clínicas e, dessa forma, conduzir a um planejamento de ações mais efetivo e estratégico na definição de riscos e no tratamento adequado. O registro das consultas, além do prontuário clínico, deverá ser realizado na Caderneta da Criança (BRASIL, 2018).

A inserção na carteira de vacinas de um campo para o registro das consultas odontológicas anuais é uma sugestão de medida discutida desde a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal de 2004 (BRASIL, 2005a). O registro das consultas odontológicas de bebês e crianças até dois

anos nas carteiras de vacinação pode facilitar o controle, a frequência e, principalmente, a conscientização dos pais, responsáveis e cuidadores da importância da saúde bucal para a qualidade de vida das pessoas [STOCCO, 2005; KRIGER; TAVARES, 2008].

Na ESF a inclusão da equipe de saúde bucal em nível nacional ocorreu no ano de 2000 [BRASIL, 2000] e essa posterior implantação pode ser considerada um dos motivos pelos quais existem dificuldades no que diz respeito ao trabalho em equipe dos trabalhadores em saúde bucal com os demais membros das equipes da ESF. Além disso, é de se esperar que a equipe de Saúde Bucal [eSB] seja menos predominante na atenção primária, uma vez que é observada uma proporção geralmente maior para a ESF em relação à ESB [BRASIL, 2000; BRASIL, 2003].

Identificar e incentivar as ações da eSB junto com a equipe de Saúde da Família [eSF] são muito válidas na busca por eficácia e eficiência dos serviços em saúde prestados à população [LOURENÇO, 2009]. De acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica [PNAB] [BRASIL, 2017], a eSB não está anexada à eSF, fato que poderá criar novos desafios na busca pela integração entre os trabalhadores de saúde.

Com relação ao Nasf, observa-se uma escassez de trabalhos científicos demonstrando as ações de saúde da criança entre os membros dessa equipe com as equipes de saúde bucal [eSB]. A puericultura odontológica pode ser muito beneficiada com a participação de integrantes do Nasf como: Médico Pediatra; Nutricionista; Psicólogo; Assistente Social; Médico Homeopata; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Profissional/ Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional [BRASIL, 2017].

Há um relato de experiência publicado de um Programa de Residência Multiprofissional, em parceria com a equipe da Estratégia Saúde da Família de uma Unidade de Saúde em um município do Rio Grande do Norte, com a proposta de aproveitar a variedade de profissionais disponíveis no programa de Residência, como forma de exercer a integralidade do cuidado, otimizar processos de trabalho na Unidade de Saúde, além de aumentar a adesão e assiduidade das mães e responsáveis às consultas de puericultura de suas crianças. A ação contou com a participação de todos os residentes do

primeiro ano: assistente social, cirurgião-dentista, enfermeira, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo – juntamente com a enfermeira preceptora da referida unidade. Verificou-se que a interação entre as profissões, dentro de cada expertise, pôde gerar aspectos de prevenção e promoção de saúde bucal da criança, otimizando a área da Odontologia e fortalecendo o trabalho interprofissional [ARAÚJO *et al.*, 2018].

Um estudo sobre a integração entre as eSB, as eSF e o Nasf em relação em relação à puericultura está sendo desenvolvido no município de Curitiba, com autorização prévia dos Comitês de Ética em Pesquisa relacionados e envolve os dez distritos sanitários e todas as Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família do município citado. Os resultados preliminares já demonstram alguns desafios na puericultura para a efetivação de atividades conjuntas entre os membros das diferentes equipes como diagnóstico situacional, educação em saúde e discussões de casos [PECHARKI, 2018].

Considerando que a educação em saúde bucal deveria se iniciar nos primeiros anos de vida, torna-se importante uma abordagem integrada incluindo os meios de comunicação social e os profissionais de todas as equipes das Unidades de Saúde, buscando conscientizar as famílias. A saúde geral e bucal da criança pode ser influenciada por membros da equipe de cuidados primários de saúde, incluindo cirurgiões-dentistas, médicos generalistas, pediatras, enfermeiros, nutricionistas e outros agentes de saúde. Se os hábitos saudáveis são ensinados em idade precoce, as ações educativas em saúde a serem implementadas mais tarde podem se basear no reforço de rotinas já estabelecidas [FREIRE *et al.*, 2000].

De acordo com o Ministério da Saúde, as ações em saúde bucal voltadas ao grupo de crianças de zero a seis anos devem ser realizadas no contexto do trabalho interdisciplinar da equipe de saúde como um todo e o trabalho de promoção da saúde deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança [BRASIL, 2004; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2009]. Os profissionais envolvidos devem oferecer atenção integral e contínua às crianças e suas famílias, considerando o compartilhamento tanto do diagnóstico situacional como da tomada de decisões. Uma das ações em conjunto a serem realizadas pelos diversos membros das equipes

seria a introdução de hábitos saudáveis junto à família da criança, desde sua fase inicial de vida, que poderá repercutir na garantia de adultos mais saudáveis e com maior expectativa de vida. [CIAMPO *et al.*, 2006; ARAÚJO; ROCHA, 2007].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, com o relatado e discutido no presente capítulo pode-se observar, historicamente, um importante movimento no estado do Paraná no sentido de fortalecer o acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde bucal voltados à atenção materno-infantil. Nesse contexto, estratégias, como a Bebê Clínica/UEL, a Rede Mãe Paranaense, a Linha Guia de Saúde Bucal, a Cartilha da Gestante e as práticas interprofissionais em saúde, apontam para uma nova realidade no processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando maior conscientização sobre a importância da educação em saúde para a qualificação do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ADAY, L. A. Health status of vulnerable populations. **Annual review of public health**, v. 15, n. 1, p. 487-509. 1994.

ANACLETO, K. L. **Competências em Saúde Bucal Infantil na formação do odontólogo para a atenção básica à saúde**. 283 p. Dissertação [Mestrado em Odontologia]. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

ARAÚJO, D. C. *et al.* Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. **Revista Ciência Plural**. v. 4, n. 2, p. 87-101. 2018.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 455-464. 2007.

BALDANI, M. H. P.; LOPES, C. M. D. L.; KRIGER, L.; MATSUO, T. A Odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil - Perfil do programa de atenção precoce à saúde bucal. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**. v. 6, n. 31, p. 210-216. 2003.

BHUTTA, Z. A. *et al.* What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The lancet**, v. 371, n. 9610, p. 417-440. 2008.

BOGGESS, K. A. *et al.* Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. **Journal American Dental Association**, v. 141, n. 5, p. 553-61. 2010.

BRASIL. **3º Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**, Brasília, DF, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Mantenha seu sorriso fazendo a higiene bucal corretamente**. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 673**, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. **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]. Brasília, 2017.

CALDARELLI, P. G. **Diretrizes de uso de fluoretos em cursos de Odontologia e na prática dos serviços públicos de saúde bucal do Paraná: um estudo qualitativo**. 70 p. Tese [Doutorado em Odontologia - área: Cariologia]. Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba. 2017.

CAMPOS, R. M. C. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, nº 3, p. 566-574. 2011.

CIAMPO, L.A.D. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, nº 3, p.739-743. 2006.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 13, n. 3, p. 1075-1080. 2008.

CORBELLA, S. *et al.* Adverse pregnancy outcomes and periodontitis: A systematic review and meta-analysis exploring potential association. **Quintessence International**, v. 47, n. 3. 2016.

COUNCIL, N. R. **Improving access to oral health care for vulnerable and underserved populations**. National Academies Press. 2012.

DOMINGUES, S. M.; CARVALHO, A.C.D.; NARVAI, P.C. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 18, n. 1, p. 66-78. 2008.

FARIAS, I. A. *et al.* Aspectos norteadores da atenção à saúde bucal de gestantes da Estratégia Saúde da Família de João Pessoa, Brasil. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 22, n. 60. 2013.

FIGUERO, E. *et al.* Effect of pregnancy on gingival inflammation in systemically healthy women: a systematic review. **Journal of clinical periodontology**, v. 40, n. 5, p. 457-473. 2013.

FREIRE, M. C. M.; MACEDO, R. A.; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesquisa Odontológica Brasileira**. v.14, n. 1, p.39-45. 2000.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. *et al.* Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru-PE. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n. 3, p. 243-249. 2007.

HEY-HADAVI, J. Women's oral health issues: sex differences and clinical implications. **Women's Health Primary Care**, v. 5, n. 3, p. 189-199. 2002.

IDE, M.; PAPAPANOU, P. N. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes—systematic review. **Journal of clinical periodontology**, v. 40, n. s14. 2013.

KRIGER, L.; TAVARES, M. C. Tornando-se Pais: Família com filhos pequenos. In:

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (coordenadores). **Saúde bucal das famílias: Trabalhando com Evidências**. Editora Artes Médicas, São Paulo, 2008.

LOURENÇO, E.C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n. 1, p.1367-1377. 2009.

MEDEIROS, U.; ZEVALLOS, E.; ROSIANGELA, K. Promoção da saúde bucal da gestante: garantia de sucesso no futuro. **Revista Científica do CRO-RJ**, v. 2, n. 47-57. 2000.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A.; GARBIN, C. A. S; [Orgs]. **Odontologia para gestante: guia profissional de saúde**. Araçatuba, SP: UNESP; 2009.

NG, S. K.; LEUNG, W. K. Oral health-related quality of life and periodontal status. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 34, n. 2, p. 114-122. 2006.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. **Journal of Orofacial Pain**, v. 20, nº 4. 2006.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Deliberação CIB nº 12 de 05/04/2012**. Curitiba: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2012a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013. 220 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2012b. 56 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha Guia Rede de Saúde Bucal**. Curitiba: SESA, 2016. 92 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2011.

PECHARKI, G. D. [orient.]. **Atuação das Equipes de Saúde na Puericultura da Estratégia Saúde da Família**. Relatório final de projeto de pesquisa aprovado pela Coordenação de Iniciação Científica da Universidade Federal do Paraná, 2018.

PICCINI, R. X. *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 7, n. 1, p.75-82. 2007.

PRESTES, A. C. G. P.; MARTINS, A. B.; NEVES, M.; MAYER, R. T. R. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. **Revista da Faculdade de Odontologia**. v. 18, n. 1, p. 112-119. 2013.

RADNAI, M. *et al.* The oral health status of postpartum mothers in South-East Hungary. **Community Dental Health**, v. 24, n. 2, p. 111-116. 2007.

RAKCHANOK, N. *et al.* Dental caries and gingivitis among pregnant and non-pregnant

women in Chiang Mai, Thailand. 2010.

REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 269-276. 2010.

ROCHA, J. S. *et al.* Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00130817. 2018a.

ROCHA, J. S. *et al.* Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. **Caries Research**, v. 52, n. 1-2, p. 139-152. 2018b.

ROCHA J. S. M. **Acesso e adesão aos cuidados em saúde bucal durante a gestação: um enfoque nos determinantes psicossociais**. 202 p. Tese [Programa de Pós-Graduação em Odontologia]. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa. 2017.

SCARPELLI, B. B.; RICIOLI, S. R.; WALTER, L. R. F. **Programa de atenção precoce à saúde bucal**. EDUEL: Londrina; 1996. 24p.

SHANTHI, V. *et al.* Association of pregnant women periodontal status to preterm and low-birth weight babies: A systematic and evidence-based review. **Dental Research Journal**, v. 9, n. 4. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde. 2002.

STOCCO, G. Promoção de Saúde Bucal: Prevenção oral de crianças de 0 a 2 anos. **Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa**. Ponta Grossa - PR, p. 2-2. 2005.

STOCCO, G.; BALDANI, M. H. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa [PR, Brasil]. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 4, p.2311-2321. 2011.

VERGNES, J. N. *et al.* Perceived oral health and use of dental services during pregnancy: the MaterniDent study. **Sante Publique**, v. 25, n. 3, p. 281-292. 2013.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M.; DO CARMO LEAL M.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**. v.377, n. 9.780, p.1.863-76. 2011.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas; 1996. 246p.

WALTER, L. R. F.; LEMOS, L. V. F. M.; MYAKI, S.I.; ZUANON, A.C.C. **Manual de Odontologia para bebês**. São Paulo: Artes Médicas. 2014.

WALTER, L. R. F.; NAKAMA, R. K. Prevention of dental caries in the first year of life. **Journal of Dental Research**. v.73, n. 4, p.773. 1994.

QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS EM SAÚDE BUCAL NO PARANÁ

Mitsue Fujimaki | Raquel Sano Suga Terada | Luiz Fernando
Lolli | Camila Fracalossi Galbiati | Josely Emiko Umeda |
Tânia Harumi Uchida | Clodoaldo Penha Antoniassi

O Sistema Único de Saúde [SUS], desde sua criação na Constituição de 1988, vem avançando no intuito de garantir qualidade de vida e bem-estar ao cidadão brasileiro [BRASIL, 2003]. Os sistemas de saúde universais, ou seja, aqueles que criam políticas públicas de saúde para assistir à toda a população, têm sido um dos objetivos do desenvolvimento sustentável, preconizado pela Organização das Nações Unidas [UN, 2017]. Considerando a saúde um recurso para a vida e que interfere em todas as atividades humanas, a busca por proporcionar condições para a manutenção da saúde, parece uma estratégia basilar para o desenvolvimento humano e social das nações [SUCUPIRA; MENDES, 2003].

O Brasil tem investido na construção de um sistema de saúde universal nos últimos 30 anos e verifica-se o fortalecimento da atenção primária e avanços significativos na qualidade da atenção [SOUZA *et al.*, 2018]. A implementação da Estratégia Saúde da Família e a mudança do modelo de atenção, com o foco na recuperação, manutenção e promoção da saúde, têm resultado em melhoria das condições de vida para a população [PINTO; GIOVANELLA, 2018]. Entretanto, é natural ainda observarmos dificuldades e desafios para garantir saúde para todos [NORONHA *et al.*, 2018], como subfinanciamento, assistência fragmentada e centrada nas sequelas das doenças, interação interprofissional incipiente, estrutura física deficiente, falta de preparo dos profissionais para atuação no SUS, dentre outras. O diagnóstico aprofundado das dificuldades é a etapa inicial para um planejamento adequado e para o direcionamento das ações e recursos [AQUILANTE; ACIOLE, 2015]. Infelizmente é mais comum identificarmos pessoas insatisfeitas com as dificuldades de um sistema de saúde em construção, do que pessoas com disposição e capacitação para construir propostas coerentes e colocá-las em prática.

Assim, considerando a complexidade de um sistema de saúde universal, há a necessidade de clareza e processos de gestão organizados para a realização do diagnóstico, planejamento, execução e monitoramento das ações, para que os serviços de saúde possam cuidar das pessoas, comunidades, qualificar seus serviços e promover o desenvolvimento do país. Neste contexto, os gestores e lideranças exercem um papel fundamental na condução das políticas públicas e na organização e aprimoramento do sistema de saúde.

É importante ressaltar que uma gestão qualificada necessita do envolvimento de todos os atores envolvidos, de gestores às equipes de saúde e usuários. Assim, o despertar para o trabalho coletivo, colaborativo, com proatividade, criatividade e sinergia, ocorre aos poucos, à medida em que os gestores, trabalhadores e comunidade são sensibilizados e se dão conta de seu papel no SUS.

A gestão organizacional do SUS é fortemente marcada pelo processo de descentralização político-administrativa [PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016]. A partir da pactuação de responsabilidades dos três níveis de governo

e regulados pela sociedade organizada, os gestores e equipes de saúde buscam planejar, implantar e avaliar a política de funcionamento do sistema no seu nível de atuação. Mas, se por um lado o processo de descentralização traz a autonomia para se planejar no nível local, por atores que conhecem os problemas regionais e a realidade de seu povo, por outro, esbarra na complexidade de integração efetiva em rede e também nas limitações de qualificação profissional para pensar os processos de gestão.

Pensar em melhorias na gestão é pensar na qualificação dos atores, o que pode acontecer por meio de parcerias institucionais, pela integração ensino-serviço para fomentar processos formativos que possibilitem a construção de novos saberes, o compartilhamento de experiências, a reflexão sobre as práticas aplicadas em diferentes cenários, dentre outros. Cada vez mais é evidente a necessidade de se pensar políticas com enfoque regional, adequadas a uma realidade que respeite aspectos histórico-culturais dos processos de gestão, permitindo consolidar o desenvolvimento equânime do SUS, ressaltar o aprimoramento dos processos de planejamento e as práticas de monitoramento e avaliação (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

Ponderando sobre a saúde bucal, em observação ao trabalho de Gigante e Guimarães [2013], tem-se que a oferta de serviços odontológicos em larga escala teve seu marco na Constituição de 1988, mas a Odontologia de saúde pública começou a ser pensada estrategicamente a partir da inserção das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no ano 2001. A implementação do Programa Brasil Sorridente em 2003 concretizou a saúde bucal de uma forma planejada, estruturada e resolutiva, englobando um grande arcabouço estrutural para a oferta ampliada de serviços (BRASIL, 2015). Em termos estratégicos, subsidiaram o planejamento no nível central, os resultados dos levantamentos epidemiológicos SB Brasil de 2003 e 2010 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012)

Feitas tais considerações, este capítulo objetiva relatar a experiência de capacitação de gestores e equipes de saúde no estado do Paraná para a construção da rede de atenção à saúde bucal, em um processo ascendente, a partir do alinhamento conceitual de gestores, lideranças locais, que difundiram para suas equipes.

O CURSO DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS EM SAÚDE BUCAL NO PARANÁ

Objetivos do Curso

O curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal teve como objetivos: a) capacitar e qualificar os profissionais que atuam nas ações de saúde bucal no Paraná, b) desenvolver uma visão crítica voltada para a promoção de saúde a partir de um diagnóstico situacional da gestão em saúde bucal, c) possibilitar um estudo reflexivo e debate propositivo, d) impulsionar iniciativas de mudanças para a melhoria das políticas vigentes e e) estimular a implementação da educação permanente em saúde no serviço. Diante disso, buscou-se por meio de uma metodologia em onda formativa sensibilizar e envolver gestores e profissionais para o processo de capacitação, considerando que as boas práticas de gestão podem garantir o aprimoramento das atividades no SUS e, conseqüentemente, refletir no sucesso das estratégias para a promoção da saúde da população.

Instrumento de diagnóstico

A característica de descentralização da gestão do SUS leva o governo municipal a assumir a responsabilidade de planejar e organizar sua provisão dentro de uma determinada área geográfica, onde os problemas devem ser identificados e as prioridades definidas. O planejamento de saúde local é fundamental para a melhoria da transparência e consistência da gestão, concomitante ao envolvimento das partes interessadas, sendo uma ferramenta importante para que os municípios possam se integrar aos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Assim como o planejamento deve ser conduzido com base nas necessidades locais, um bom diagnóstico local, com visão crítica, também pode ajudar na busca da resolução dos problemas de saúde coletivamente, além de otimizar os recursos disponíveis.

Neste contexto, considerando a carência de documentos ou protocolos que poderiam auxiliar os gestores no diagnóstico situacional e no planejamento estratégico do município, o primeiro passo para qualificar a ação dos gestores no Paraná foi elaborar um instrumento de diagnóstico

da gestão. Este material orientou os estudos e organização dos conteúdos que foram abordados no Curso de “Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal”. Este instrumento tem a finalidade de ajudar os municípios, gestores e as equipes de saúde a realizarem o diagnóstico de aspectos importantes para a gestão, bem como a propor estratégias que resultem no avanço estrutural da gestão, na qualidade da atenção à saúde da população e na qualidade de vida dos trabalhadores.

O instrumento foi construído tomando como base três pilares da gestão: estrutura, cuidado e trabalho. De maneira figurativa, estes pilares sustentam a qualidade da atenção à saúde e representam os desafios necessários para a consolidação do SUS, garantindo ao cidadão brasileiro o direito à saúde. Cada pilar abrange 6 componentes, totalizando 18 itens [Quadro 1], os quais, por sua vez, podem apresentar-se em três cenários de desenvolvimento distintos:

Cenário 1: situação precária

Cenário 2: situação intermediária

Cenário 3: situação ideal

QUADRO 1 - Resumo do instrumento de diagnóstico, composto por 3 pilares da gestão e 18 componentes

OS PILARES E OS COMPONENTES DA GESTÃO		
ESTRUTURA	CUIDADO	TRABALHO
Construção das redes de atenção à saúde	Estratégia Saúde da Família	Avaliação do desempenho individual do trabalhador
Diagnóstico e planejamento em saúde	Clínica Ampliada	Educação continuada em saúde
Sistemas de informação em saúde e avaliação	Intersetorialidade	Trabalho interprofissional
Financiamento e orçamento em saúde	Controle social e participação da comunidade	Criatividade, iniciativa, motivação e inovação
Infraestrutura física e materiais	Avaliação da satisfação dos usuários	Equipe auxiliar (TSB e ASB)
Acesso à internet	Educação permanente em saúde	Integração ensino-serviço

O preenchimento do instrumento é simples e implica na identificação do cenário que o município mais se aproxima em cada um dos 18 componentes. Cada componente foi descrito e detalhado e, desta forma, o gestor consegue traçar o diagnóstico situacional da sua unidade de saúde ou município. A intenção é que o faça da maneira mais crítica e sensata possível, entendendo a necessidade de um processo contínuo de melhorias e que o cenário mais avançado na sua totalidade não é o mais comum. Ou seja, em que pese a beleza esteja nos olhos de cada observador, deve-se compreender que em termos de gestão pública de saúde bucal, nem tudo está tão bem como se desejaria [Cenário 3] e, portanto, é necessário que o gestor treine o seu olhar para que tenha bom senso e uma análise crítica. Se tudo estivesse no cenário 3 não haveria mais nada a ser feito e sabe-se que isso não é a realidade. Assim, o instrumento de diagnóstico visa nortear a reflexão, a busca de informações e a realização de um planejamento adequado, baseado em uma situação ideal, o Cenário 3.

A logo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal (Figura 1) representa simbolicamente um ou vários pontos de atenção de um município e cada pilar da gestão e seus tijolos (componentes do pilar) formam a sustentação da qualidade da atenção. Assim, para que a população tenha um serviço de saúde bucal na melhor qualidade possível, todos os pilares precisariam ser desenvolvidos e a busca pelo cenário ideal em cada um dos componentes poderia ser um norte.

FIGURA 1 - logo de divulgação do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal



A elaboração deste instrumento foi feita pelo Método Delphi modificado e passou por diversas fases, com consulta e contribuição de profissionais de diversas áreas da saúde, pesquisadores de universidades públicas e privadas de Odontologia, profissionais dos níveis federal, estadual, municipal e de diferentes níveis de gestão, de vários estados do país. Nesta fase, buscou-se um alinhamento conceitual entre as 3 esferas do governo, convergindo para um norte comum da gestão em saúde bucal.

Metodologia

O estado do Paraná é constituído de 399 municípios, divididos em 22 Regionais de Saúde (RS), que se constituem em instâncias administrativas intermediárias da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR). Na maior parte do estado [348 municípios] há Equipes de Saúde Bucal implantadas na Estratégia Saúde da Família, 52 Centros de Especialidades Odontológicas em 41 municípios e 102 municípios ofertam prótese dentária, por meio dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, credenciados pelo Ministério da Saúde. Apesar do estado do Paraná apresentar ainda uma baixa cobertura por Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família [37,12%], muitos profissionais têm sido contratados com uma carga horária inferior a 40 horas/semanais, não priorizando um maior vínculo do profissional com a comunidade.

O processo de qualificação da gestão em saúde bucal ocorreu a partir da capacitação e envolvimento de gestores das regionais de saúde que sensibilizaram os coordenadores municipais de saúde bucal para a participação nesta qualificação, e da mesma maneira estes reproduziram o processo para as equipes de saúde e equipes multiprofissionais. O objetivo desta metodologia no formato de onda formativa, com potencial de crescimento e adesão exponencial, foi desencadear um movimento organizado, empoderamento por meio da aquisição de conhecimentos, alinhamento conceitual e construção coletiva de metas. Esta proposta foi baseada nas seguintes ideias-forças: visão sistêmica, planejamento em equipe, priorização das ações de prevenção e promoção da saúde e desenvolvimento de ações sustentáveis, para auxiliar na gestão do conhecimento acumulado e manter processos organizacionais que

asseguem a qualidade e melhoria das ações [FUJIMAKI *et al.*, 2019].

A qualificação da gestão em saúde bucal no Paraná ocorreu em 4 ciclos de formação, no período de 2010 a 2019, tendo em vista a parceria entre o Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado e a Universidade Estadual de Maringá. Em cada ciclo, um grupo de profissionais foi incentivado, para que num próximo ciclo, este se tornasse um potencial multiplicador da proposta:

1º Ciclo: coordenadores regionais de saúde bucal do Paraná - [2012]

2º Ciclo: coordenadores municipais e equipes - [2013 a 2014]

3º Ciclo: equipes de saúde bucal [CD, TSB e ASB] - [2015 a 2016]

4º Ciclo: equipes multiprofissionais de saúde - [2017 a 2019]

É importante ressaltar que todas as ferramentas utilizadas nesta capacitação foram de simples utilização e rápida apropriação. O material para estudo continha um texto com links para vídeos, artigos, manuais, materiais eletrônicos e leis e diretrizes do SUS, que foi organizado em 6 Módulos de estudo. Em cada Módulo foram abordados 3 componentes do instrumento de diagnóstico da gestão local em saúde bucal. Para cada módulo foram realizados encontros presenciais para a discussão dos exercícios propostos, troca de experiências dos diferentes cenários encontrados em cada município e das propostas de melhoria dos componentes do Instrumento de Diagnóstico do respectivo módulo, elaboradas pelos profissionais participantes do Curso.

Após a discussão do Módulo, os participantes tinham o prazo de um mês para realizar o relato de alguma mudança no seu processo de trabalho, que foi desencadeado pelo estudo do material teórico. No final dos módulos, os alunos desenvolveram um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) individual ou em equipe, contendo informações sobre o município ou equipe, indicadores de saúde bucal e propostas de intervenção para a melhoria da gestão em cada um dos componentes de pilar estudado. A entrega do TCC foi um dos requisitos para a conclusão do Curso de Gestão.

Além disso, ao final de cada ciclo, foi realizado um encontro de experiências exitosas, no qual foram apresentadas as dez experiências que

se destacaram em cada ciclo vigente. As apresentações foram submetidas a avaliações de bancas, compostas por membros representantes do serviço, da Secretaria de Saúde do Estado, do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Odontologia, Instituição de Ensino Superior, dentre outros. Nesses encontros foram selecionados os melhores trabalhos para o Prêmio de Inovação da Gestão em Saúde Bucal.

Resultados

Os resultados do curso mostraram que os profissionais apreenderam novas práticas e aplicaram o conhecimento adquirido sobre a gestão no SUS. Os relatos de prática apontaram muitas mudanças realizadas [GALBIATI, 2018]. Além disso, o Quadro 2 destaca algumas experiências selecionadas para apresentação durante os Encontros de Experiências Exitosas que ocorreram ao final do 2º, 3º e 4º Ciclos do Curso. Os produtos apresentados são heterogêneos e denotam necessidades locais e a prioridade elencada pelo participante do curso.

QUADRO 2 - Resumo dos principais produtos dos encontros de experiências exitosas

Ciclo	RS/Município	Produto Principal
II	7ª RS/Chopinzinho	Unificação da lista de materiais para licitação e conseqüente aquisição de melhores materiais e instrumentais
II	7ª RS/Foz do Iguaçu	Otimização dos recursos financeiros
II	9ª RS/Medianeira	Mudança do tipo de contrato de trabalho
II	9ª RS/Missal	Estruturação de uma nova UBS e licitação de materiais
II	9ª RS/ Santa Terezinha de Itaipu	Ampliação do olhar da gestão para melhoria da avaliação e do planejamento
II	14ª RS/Paranavaí	Oferta de cursos de educação continuada

Ciclo	RS/Município	Produto Principal
II	15ª RS/Lobato	Conhecimento das fontes de recurso e participação na utilização dos recursos
II	16ª RS/Apucarana	Melhoria do fluxo entre o CEO e APAE
II	17ª RS/ Rolândia	Estabelecimento de novos canais de comunicação e implantação de instrumento de avaliação de satisfação do usuário
II	19ª RS/Cambará	Implantação da avaliação de desempenho profissional e criação de um projeto de lei para incentivo financeiro
III	2ª RS/São José dos Pinhais	Gestão participativa
III	3ª RS/Piraí do Sul	Reestruturação do setor e organização do processo de trabalho e implantação da coordenação de saúde bucal em 2013
III	8ª RS/Salgado Filho	Implantação da estratificação de risco
III	15ª RS/Itambé	Implantação e efetivação das Redes de Atenção à Saúde
III	16ª RS/Novo Itacolomi	Investimento em prevenção e educação permanente na UBS Solidiedade
III	19ª RS/Figueira	Ampliação das campanhas de Prevenção e Promoção de Saúde Bucal e implementação da estratificação de risco
IV	2ª RS/Curitiba	Implantação da telerregulação das filas para garantir o acesso aos serviços em Odontologia
IV	4ª RS/Guamiranga	Otimização do atendimento da Clínica do bebê em parceria com a sala de vacina e puericultura

Ciclo	RS/Município	Produto Principal
IV	5ª RS/Guarapuava	Intersetorialidade na promoção de saúde bucal em pacientes com transtorno mental na ESF Jardim Araucária e CAPS II
IV	6ª RS/Porto Vitória	Ampliação do olhar da gestão e fortalecimento da equipe gestora
IV	7ª RS/Pato Branco	Ampliação do olhar da gestão
IV	8ª RS/Salto de Lontra	Retomada do grupo de trabalho de gestantes “Odontologia e Gestação: a importância do pré-natal odontológico”
IV	9ª RS/Missal	Realização de diagnóstico situacional com implementação de estratificação de risco, planejamento de propostas de intervenção para gestão e avaliação
IV	11ª RS/Ubiratã	Implementação da estratificação de risco como recurso para organização da agenda odontológica
IV	12ª RS/Umuarama	Padronização das ferramentas da gestão de trabalho, utilizando os protocolos disponíveis pela SESA e MS
IV	15ª RS/Maringá	Implementação da estratificação de risco na UBS Vila Vardelina como instrumento para a gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família
IV	16ª RS/Arapongas	Construção de uma rede de apoio colegiada na 16ª RS com base na educação permanente em Saúde
IV	17ª RS/Cambé	Ampliação do acesso do homem ao atendimento odontológico
IV	2ª RS/Toledo	Implantação de um projeto “Cárie Zero”

O 1º ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal teve a participação das 22 regionais do Paraná e os encontros para a discussão dos 6 Módulos ocorreram por webconferência, em grupos de até 9 pessoas, considerando o limite de participantes na webconferência [Google Hangout]. Esta ferramenta tecnológica auxiliou na disseminação do curso por meio dos coordenadores regionais de todo o estado, por superar a dificuldade de deslocamento de servidores. Como produto final do 1º Ciclo, foram construídas e consensuadas propostas de intervenção para a melhoria da gestão em saúde bucal por todos os participantes. Este material foi a coletânea de todas as propostas que foram pensadas e discutidas durante os exercícios de cada módulo e agrupadas em um documento norteador do estado do Paraná. Após a finalização do curso, houve um encontro para o relato de experiências exitosas, quando 3 regionais de saúde apresentaram suas percepções.

O 2º ciclo foi realizado em 16 regionais de saúde que conseguiram a adesão de 285 municípios. Neste ciclo, os coordenadores municipais e membros de equipes de saúde bucal participaram, tendo como multiplicador, o coordenador da regional que participou do 1º ciclo. Como requisito para a conclusão do curso, os participantes elaboraram um trabalho de conclusão de curso, no qual continha informações referentes ao município/equipe, ações que realizam, quais oportunidades de financiamento foram concretizadas, o diagnóstico situacional, as propostas elaboradas ao longo do curso e o planejamento das ações advindas deste processo reflexivo.

O 3º ciclo ocorreu com maior abrangência do público-alvo, incluindo os TSBs e ASBs para a capacitação das equipes de saúde bucal. Foi solicitado aos alunos que propusessem mudanças no dia a dia do serviço, após o encontro presencial de cada módulo, e esta ação foi relatada em um formulário.

No 4º ciclo, que ocorreu de maneira semelhante ao 3º ciclo, foram convidados membros da equipe multiprofissional: médicos, enfermeiros, técnicos administrativos, agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, dentre outros profissionais e demais interessados.

Vale destacar que antes do início de cada ciclo, foram agendadas reuniões com a Coordenação Estadual de Saúde Bucal da SESA e

coordenadores regionais de saúde bucal para o alinhamento de novas diretrizes. Além disso, a SESA participou da construção do instrumento de diagnóstico da gestão em saúde bucal, do modelo do TCC, do Prêmio de Inovação da Gestão em Saúde Bucal e da agenda de todos os eventos do curso. A comunicação eficaz, a interação e a integração com a SESA e as regionais foram a base para os resultados encontrados. A partir do 4º Ciclo, para melhorar o diálogo e proximidade com as regionais, foram realizadas reuniões por videoconferência (realizadas a partir da 15ª Regional de Saúde) antes da realização de cada Módulo para orientações e esclarecimento de possíveis dúvidas.

Os esforços empregados para a construção de um curso acessível a todos, com o objetivo de sensibilizar os profissionais, permitiram aos participantes reflexões conjuntas importantes, e geraram a necessidade de busca por informações e literatura científica, o que conseqüentemente, refletiu em mudanças no dia a dia do serviço. Da mesma maneira, os gestores sentiram-se estimulados a apoiar os servidores rumo à construção de novos caminhos para o SUS, uma vez que uma equipe motivada e qualificada consegue caminhar para a situação desejada.

A maioria dos alunos do curso relata que atuava no SUS há mais de 20 anos, que mantinha uma rotina diária de trabalho, dando ou não o melhor de si, e não conseguia enxergar muitos avanços porque as dificuldades chamavam mais atenção (FRACALLOSSI, 2014). Foi possível perceber a carência de compreensão do SUS e de reflexão crítica, pouca valorização do profissional e falta de estímulo para servir. Por outro lado, também notou-se que outros se sentiam desejosos de mudanças, mas viam-se distantes desta realidade, ou mesmo esperando que alguém o fizesse. Poucos eram aqueles que acreditavam num futuro melhor e eram proativos, criativos, dinâmicos e já traziam histórico de iniciativas exitosas de mudanças realizadas no seu processo de trabalho (GALBIATI, 2018). O SUS apresenta um quadro de servidores com grande potencial a ser desenvolvido, para avançar na solução dos inúmeros problemas relatados, por meio de um trabalho organizado, coerente e árduo.

O curso de qualificação da gestão proporcionou aos profissionais, além do conhecimento teórico, um amadurecimento profissional, fato

este relatado pelos multiplicadores, que observaram um maior apreço e cuidado com o trabalho, além do crescimento pessoal de grande parte dos alunos [GALBIATI, 2018]. A metodologia utilizada, oportunizando encontros presenciais mensais, permitiu que os gestores, ao longo do tempo, se tornassem mais abertos a ouvir as necessidades dos servidores. As relações entre os profissionais das equipes de saúde foram enriquecidas, e os gestores passaram a olhar os profissionais de maneira diferente e passaram a compreender melhor as dificuldades que tinham na prática [GALBIATI, 2018]. Além disso, verificou-se a sensibilização dos profissionais para a importância do seu papel no SUS e a compreensão de sua responsabilidade, constatado pelo interesse dos alunos por estudar mais e buscar mais evidências científicas e capacitações para melhorar o seu processo de trabalho [FRACALLOSSI, 2014]. Os momentos presenciais de debate foram inicialmente mais tensos e naturalmente cheios de insatisfações, devido à abertura de um novo espaço de diálogo e trocas, mas ao longo do tempo tornaram-se espaços de inspiração e crescimento individual e profissional. Novos modelos mentais foram criados a partir das discussões e reflexões, assim como, mudanças significativas aconteceram na forma de pensar, sentir e agir frente às dificuldades do trabalho [FRACALLOSSI, 2014].

O curso também possibilitou maior interação dos profissionais da odontologia com a equipe multiprofissional, o que permitiu colocar em prática a educação permanente em saúde. Algumas regionais passaram a fazer reuniões mensais e até quinzenais para discutir o dia a dia do serviço e aprimorar as formas de atendimento, melhorando principalmente, a maneira de atuação nas práticas de prevenção de doenças crônicas e promoção da saúde. Verificou-se a compreensão dos prejuízos físicos e psicossociais aos pacientes e os prejuízos econômicos ao Estado causados pelas doenças crônicas, como, por exemplo, a cárie dentária, a partir do estudo dos conteúdos dos módulos. Os servidores passaram a conhecer técnicas menos invasivas de tratamento, como o ART [Tratamento Restaurador Atraumático].

O diagnóstico situacional e o planejamento realizado para cada componente estudado ao longo do curso pelos participantes do curso auxiliaram na elaboração do trabalho de conclusão de curso. Muitos relataram a importância do TCC na construção do relatório anual de gestão

e na programação anual de saúde, despertando o interesse dos alunos a uma participação mais efetiva nos conselhos de saúde e na formulação do plano municipal de saúde.

Assim, ao longo do processo de qualificação, foi possível estreitar as interações entre gestores, multiplicadores, alunos e universidade, por meio das tecnologias de informação e comunicação, que tiveram um papel de grande importância para o acompanhamento dos trabalhos e da trajetória dos alunos, que colocaram em prática os ensinamentos e pontuaram essas conquistas diárias nos relatos de prática. Além disso, os projetos de pesquisa realizados pela Universidade Estadual de Maringá têm permitido aos multiplicadores e pesquisadores acompanhar o processo de qualificação no estado.

Em 2018, este processo de qualificação em gestão em saúde bucal no Paraná foi uma das 15 experiências consideradas inovadoras e com potencial de contribuição para o SUS que foi reconhecida pelo Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com Ênfase em Educação Permanente, em 2018. Esta foi uma iniciativa do Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde [BRASIL, 2018].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas instituições públicas no Brasil, incluindo os serviços de saúde, verifica-se a necessidade da qualificação da gestão e dos processos de trabalho, ampliando a compreensão dos envolvidos sobre o papel do servidor para a obtenção de resultados positivos para a sociedade. Neste aspecto, gestores, equipes e usuários têm grande importância na construção do SUS de modo a proporcionar condições melhores de saúde e de vida para todos.

A metodologia empregada pelo Curso, por meio de ondas formativas, tem possibilitado o empoderamento de lideranças do próprio serviço, de maneira sustentável e crescente para a continuidade do processo de mudança que leve à consolidação das redes de atenção à saúde, priorização da prevenção e promoção da saúde bucal.

Além disso, o Curso estimulou a implementação da Educação Permanente em Saúde, oportunizando o exercício de ciclos de problematização, que passaram pelo diagnóstico dos problemas, estudo dos temas, discussão e reflexão crítica coletiva, elaboração de propostas em equipe e implementação de mudanças na prática. Este processo foi registrado num documento entregue ao término do Curso, de maneira a dar subsídios para a continuidade das ações e metas planejadas. Esta experiência de capacitação de recursos humanos para a qualificação da gestão em Saúde Bucal mostrou que são necessários poucos recursos estruturais e financeiros para a sua implementação e depende essencialmente da vontade de pessoas e do apoio dos municípios, gestores e equipe para que esta se concretize.

As mudanças realizadas em cada localidade ocorreram de acordo com as necessidades e contextos e, mesmo que pontuais, podem ser consideradas avanços significativos nos pilares da gestão (estrutura, cuidado e trabalho). Verificou-se também o envolvimento de gestores das 3 esferas de governo, profissionais, equipes de saúde, usuários e suas comunidades, criando espaços democráticos de diálogos e construção.

Por fim, vale ressaltar que todo profissional carrega em si o potencial de transformação que quer ver no mundo. E quando este se une a outros potenciais em um norte comum, os resultados são ainda mais impressionantes. Assim, chegará o dia em que esses potenciais adormecidos serão despertados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, representado pelo Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Junior, à Coordenação Estadual de Saúde Bucal do Paraná, representado pelo Prof. Léo Kriger, Guilherme Fernandes Graziani e Érika Luiza da Silva Feller, aos Coordenadores Regionais e Municipais de Saúde Bucal, aos profissionais da saúde do Paraná e a todos que viabilizaram a realização do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal.

REFERÊNCIAS

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 82-96. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Laboratório de inovação em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente**. Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2018.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1155-1164. 2017.

FRACALOSSO, C. **Avaliação dos fatores que aproximam os profissionais do SUS das medidas preventivas da cárie dentária**. 2014. 61f. Dissertação [Mestrado em Odontologia Integrada] - Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2014.

FUJIMAKI, M. *et al.* Gestão do conhecimento para qualificação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Estado do Paraná: relato de experiência. In: CARRER, F. C. A.; PUCCA JR, G. A.; ARAUJO, M. E. [Coord]. **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. p. 132-134.

GALBIATI, C. F. **Qualificação da gestão e da equipe de saúde bucal por meio da implementação da educação permanente em saúde no Estado do Paraná**. 2018. 76 f. Tese [Doutorado em Odontologia Integrada] - Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2018.

GIGANTE, E. C.; GUIMARÃES, J. P. A Trajetória da saúde bucal pelas políticas de saúde públicas no Brasil a partir da criação do SUS. **Cadernos de Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 66-77, 2013.

NORONHA, J. C. *et al.* Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6., p. 2051-2060. 2018.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho

percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1511-1524. 2016.

PINTO, L. P.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica [ICSAB]. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913. 2018.

SOUZA, M. F. M. *et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737-1750. 2018

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, S. **Promoção da Saúde**: conceitos e definições. *Sanare*, v. 4, n. 1, p. 7-10. 2003.

UNITED NATIONS [UN]. **The Sustainable Development Goals Report**. 2017. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/the-sustainable-development-goals-report-2017.pdf>. Acesso: 19 Março de 2019.

OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOs) COMO PONTO DE ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE BUCAL NO PARANÁ: UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PMAQ-CEO

Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves | Rafael Gomes
Ditterich | Samuel Jorge Moysés | Raquel Sano Suga Terada |
Rodrigo Noll Gonçalves

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde bucal pode ser classificada entre os três motivos mais frequentes de demanda por cuidados de saúde [CARRER *et al.*, 2019]. No entanto, apesar de sua importância, durante anos as necessidades dos cidadãos foram insuficientemente atendidas em serviços de saúde fragmentados, voltados majoritariamente à assistência clínica/cirúrgica odontológica invasiva, privilegiando as condições agudas em detrimento da atenção abrangente às condições crônicas [ANTUNES *et al.*, 2016].

Diante desse panorama, formuladores de políticas públicas e gestores de saúde bucal se encontram constantemente desafiados a desenvolver novos modelos de atenção (PINTO *et al.*, 2016). Conseqüentemente, com o objetivo de minimizar as lacunas presentes na saúde bucal brasileira, em 2004 foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – denominada Programa Brasil Sorridente –, com a proposta de reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis. Essa iniciativa de mudança buscou qualificar as práticas e serviços ofertados por meio de uma série de ações em saúde bucal, incluindo a ampliação do acesso da atenção em saúde bucal aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2017; HERKRATZ *et al.*, 2016; NARVAI, 2011).

A PNSB surge, então, em decorrência de uma janela de oportunidades política e do movimento de diferentes atores, para romper com o modelo hegemônico vigente no período (CARRER *et al.* 2019; GOES; MOYSÉS, 2012). Em 2010, surge a proposta macroinstitucional de organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadas pela Atenção Básica. Na área da saúde bucal, a RAS tem sua implantação contemplada, embora com grandes desafios, tendo em vista o desenho preexistente da PNSB, que previa a integração progressiva de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas – Clínica Odontológica de Atenção Básica (no modelo tradicional ou com Equipes de Saúde da Família), Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, unidades hospitalares e oncológicas, dentre outros (PINTO *et al.*, 2016; BRASIL, 2008; GODOI *et al.*, 2014).

O Brasil Sorridente passou então a credenciar e implantar a Atenção Especializada em Saúde Bucal por meio da criação e implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Instituídos pelas Portarias nº 599 e nº 600, ambas publicadas pelo Ministério da Saúde, em 2006, e atualizadas pela Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012, compõem uma das estratégias da PNSB para aprimorar a atenção especializada em saúde bucal no país (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012; KITAMURA *et al.*, 2016). Os CEOs são estabelecimentos de saúde que prestam serviços odontológicos de média densidade tecnológica, complementando o trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Básica, responsáveis pelo primeiro atendimento, pela coordenação dos cuidados e acompanhamento

dos usuários cadastrados em territórios sob sua responsabilidade [BRASIL, 2015].

De acordo com a estrutura, recurso de custeio e implantação, os CEO podem ser classificados em Tipo I, quando apresentam três cadeiras odontológicas; Tipo II, quando apresentam entre quatro e seis cadeiras; e Tipo III, acima de sete cadeiras. Independentemente da classificação, todos devem ofertar, no mínimo, procedimentos de diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais, e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais [BULGARELI *et al.*, 2013; BRASIL, 2015; BRASIL, 2013].

A implantação dos CEO foi considerada um marco na atenção à saúde bucal no Brasil [CARRER *et al.*, 2019]. Segundo Luvison *et al.* [2016, p.154], “com a implantação da atenção secundária em saúde bucal, abriu-se a possibilidade de ampliar o acesso às ações especializadas que, até então, correspondiam a 3,5% dos procedimentos odontológicos da rede pública”.

Com a contextualização e problematização até aqui apresentada, fica claro que a construção de uma rede de atenção integrada em saúde bucal exige a criação de diversos pontos de atenção, para garantir o acesso aos diferentes níveis de complexidade na atenção em saúde, por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência com posterior acompanhamento da atenção ofertada ao usuário [PINTO *et al.*, 2016]. Nessa conjuntura, após estabelecida a importância dos CEO como ponto de atenção na rede de saúde bucal, é pertinente analisar os resultados obtidos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas [PMAQ-CEO] para compreender o panorama atual dos CEOs no estado do Paraná.

CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS: COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ

O Paraná está localizado na Região Sul do Brasil, composto por 399 municípios, possuindo uma área equivalente a 2,3% da superfície nacional.

Além disso, está entre os estados de maior importância econômica do país. No entanto, apresenta expressivas desigualdades socioeconômicas e de estruturas públicas entre seus municípios (IPEA, 2010).

Em 2010, o estado apresentava aproximadamente 10.444.526 habitantes (IPARDES, 2010). No ano de 2014, 50,1% dos municípios apresentavam população menor do que 10 mil habitantes, e apenas 5% deles possuíam mais de 100 mil habitantes – somente um contava com mais de 500 mil, além da capital, Curitiba, com população em torno de 1,8 milhão de habitantes (BALDANI *et al.*, 2018).

Do ponto de vista sanitário, o Paraná está dividido em 22 Regionais de Saúde, distribuídas em quatro macrorregionais (leste, norte, oeste e noroeste). No tocante aos cuidados de saúde bucal, a reorganização da Atenção Básica e a capacitação dos profissionais da saúde bucal constituem diretrizes básicas estabelecidas pelo estado na Política Estadual de Saúde Bucal. A Rede de Atenção à Saúde Bucal criada pelo Governo do Paraná é apresentada com o objetivo de proporcionar maior qualidade, eficiência e eficácia aos serviços públicos odontológicos oferecidos à população. Além disso, os componentes da Rede de Saúde Bucal buscam valorizar: os pontos de atenção, ou seja, os locais em que serão prestados os atendimentos à população, em todos os níveis de atenção; a estratificação de risco para problemas de saúde bucal; e a mudança da gestão do processo de trabalho, como processo de aperfeiçoamento contínuo (PARANÁ, 2019a).

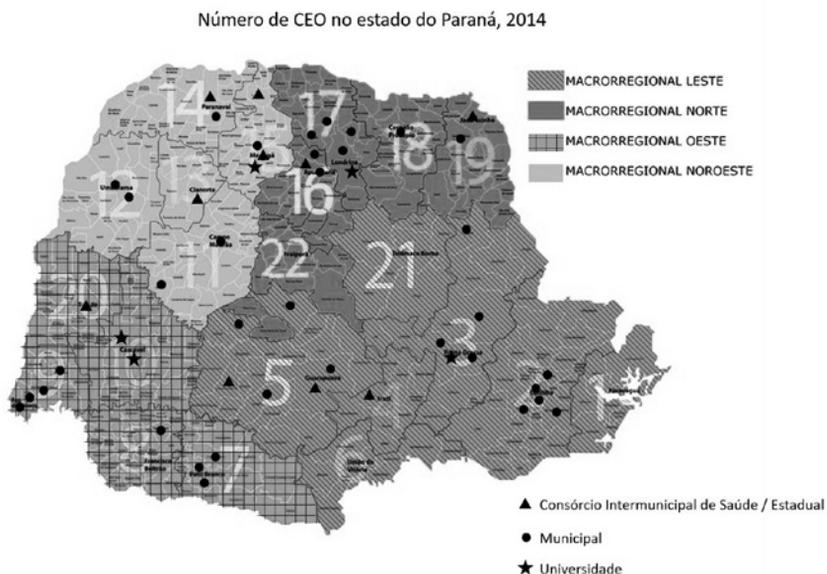
Dentre as ações propostas para aprimorar a atenção secundária no estado, destacam-se: o incentivo para a implantação de novos CEOs com abrangência regional; o incentivo financeiro aos Consórcios Intermunicipais de Saúde para a melhoria do atendimento nos CEOs já instalados e implantação de novos CEOs; e o estabelecimento de parcerias com as Universidades Estaduais, para fortalecer a integração ensino-serviço e fomentar a educação permanente dos profissionais de saúde bucal do estado (PARANÁ, 2019a).

Os resultados obtidos com a implantação da 'Linha Guia da Rede de Saúde Bucal' (PARANÁ, 2016), até o momento, permitem projetar como meta possível a ampliação do acesso aos usuários e a qualificação do serviço, permitindo, assim, uma maior resolubilidade das condições crônicas e agudas em saúde bucal, além do seu controle progressivo (PINTO *et al.*, 2016).

Em 2013, o Paraná contava com 50 CEOs distribuídos em 38 municípios. Entretanto, em 2018, esse número foi ligeiramente ampliado, passando para 53 estabelecimentos, presentes em 42 municípios. No entanto, é importante ressaltar que, no decorrer dos anos, apesar do aumento no número de credenciamentos, no mesmo período, algumas cidades solicitaram o descredenciamento de seus estabelecimentos. Assim, apesar de sua extensão, o estado apresenta uma distribuição desproporcional dos CEOs. As regionais de Paranaguá, Telêmaco Borba, União da Vitória e Ivaiporã não apresentam nenhum destes estabelecimentos de saúde. Ainda, outras regionais como Irati, Cornélio Procópio, Cianorte, Toledo e Francisco Beltrão, apresentam apenas um CEO para atender toda a população de seus municípios. Em sua pluralidade, encontram-se concentrados em grandes cidades do Paraná [BALDANI *et al.*, 2018].

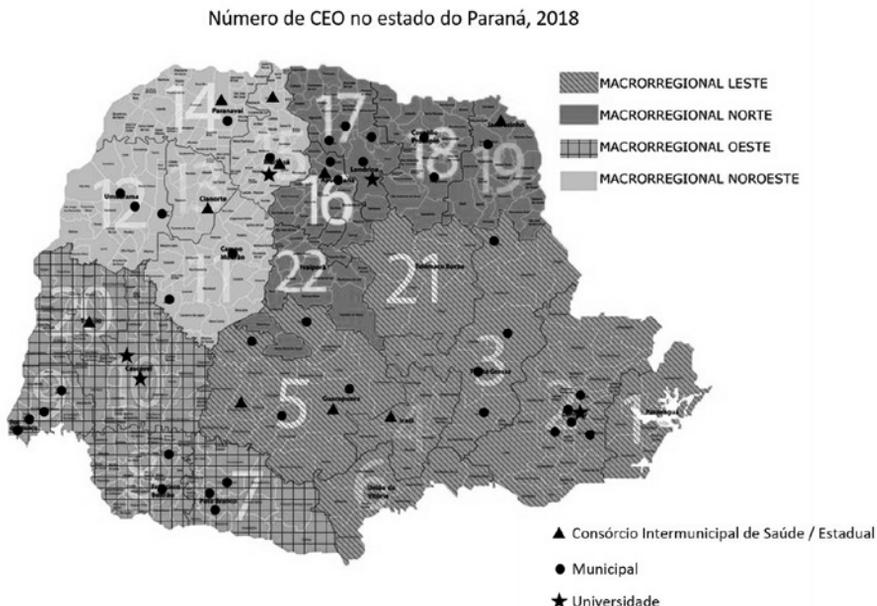
As Figuras 1 e 2 demonstram a distribuição dos CEOs no estado do Paraná entre os anos de 2014 e 2018.

FIGURA 1 - Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas no estado do Paraná, 2014.



Fonte: Adaptado de PARANÁ [2019b].

FIGURA 2 - Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas no estado do Paraná, 2018.



Fonte: Adaptado de PARANÁ (2019b)

Para o funcionamento efetivo e aprimoramento da qualidade da atenção ofertada pelos CEOs, é imprescindível a existência de uma adequada articulação entre a atenção básica e o cuidado especializado, que deve ser guiada pelas premissas que norteiam a regulação do acesso à saúde e o apoio matricial nos arranjos regionais do SUS (BRASIL, 2017). O apoio matricial pode ser entendido como modelo de produção de saúde de forma compartilhada, realizado por profissionais da atenção básica apoiados pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), substituindo a visão fragmentada tradicional por um processo de trabalho multiprofissional/interdisciplinar, com enfoque na integralidade, na longitudinalidade e na formação de vínculo (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Nesse sentido, os CEOs devem ser seguidamente monitorados e avaliados em prol da melhoria contínua da qualidade do serviço ofertado (FREITAS *et al.*, 2016).

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (PMAQ-CEO)

Diversos estudos apontam que, no Brasil, o mecanismo de avaliação e monitoramento do acesso e qualidade das ações em saúde, por meio de indicadores utilizados pelo Pacto de Indicadores da Atenção Básica, Pacto pela Saúde e, mais recentemente, pelo Contrato Organizativo de Ação Pública [COAP], assentados exclusivamente no número de procedimentos informados, apresenta limitações e inconsistências [CASOTTI *et al.*, 2014; CONTARATO, 2011, KORNIS *et al.*, 2011].

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas [PMAQ-CEO], no âmbito da PNSB, por meio da Portaria GM/MS nº 261, de 21 de fevereiro de 2013, que teve suas normas revisadas pela Portaria GM/MS nº 1.599, de 30 de setembro de 2015. O PMAQ-CEO foi delineado para induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEOs, conferindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal [BRASIL, 2017]. Nesse sentido, o Ministério da Saúde buscou priorizar a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. Por conseguinte, destaca-se, entre os objetivos do PMAQ-CEO, a institucionalização da cultura de avaliação dos CEOs no SUS [FIGUEIREDO *et al.*, 2016].

O PMAQ-CEO, frente ao desafio de avaliação e monitoramento presente até o momento, ao incorporar etapas como a adesão/contratualização, o desenvolvimento de autoavaliação e o planejamento de melhorias pela própria equipe, além de recomendações da avaliação externa, constitui uma estratégia comprometida com a produção de mudanças no processo de trabalho e nos resultados produzidos pelos CEOs [CASOTTI *et al.*, 2014].

Em 2013, ano da adesão dos municípios paranaenses ao programa, a rede de atenção odontológica contava com 1.247 Equipes de Saúde Bucal [e-SB], 50 CEOs e 55 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, além dos serviços de alta complexidade, sistemas de apoio diagnóstico e universidades. Em referência à atenção especializada, o PMAQ-CEO [1º ciclo]

avaliou os 50 CEOs presentes no Estado, em 38 municípios [BALDANI *et al.*, 2018].

Os resultados descritos no Relatório do 1º Ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-CEO foram divididos em dois grandes eixos: **Visão do processo de avaliação dos CEOs do Brasil**, no qual consta a análise dos relatos dos avaliadores externos dos relatórios estaduais, diários de campo e material obtido com a aplicação de grupos focais; e, **Avaliação da qualidade dos CEOs do Brasil**, no qual realizou-se a análise com verificação *in loco* dos padrões de qualidade que compuseram a nota classificatória dos serviços investigados, contendo dados de estrutura e processo; visão de gerentes; visão dos profissionais; satisfação dos usuários [FIGUEIREDO *et al.*, 2016].

Resultados da Avaliação dos CEOs do estado do Paraná no 1º Ciclo da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO)

O Relatório do 1º. Ciclo AVE-PMAQ/CEO apresenta os resultados relativos ao acesso e à qualidade, com foco na descrição do conjunto de dimensões que foram utilizadas como variáveis pela Coordenação Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica [CGSB/DAB] para a classificação final e certificação de desempenho dos CEOs e das gestões municipais participantes do PMAQ/CEO [FIGUEIREDO *et al.*, 2016].

De modo geral, os CEOs do estado do Paraná apresentaram desempenho satisfatório no 1º Ciclo da Avaliação Externa do PMAQ/CEO. A análise da distribuição territorial dos estabelecimentos demonstrou, no Brasil, desigualdade inter e intrarregionais na implantação dos serviços. No período de campo da avaliação, o estado do Paraná apresentava 48 CEOs, sendo 14 [29,2%] do Tipo I, 22 [45,8%] do tipo II, e 12 [25%] do Tipo III. O estado apresentou 89,6% dos CEOs em funcionamento por dois turnos, em cinco dias da semana. Porém, verificou-se que 10,4% dos estabelecimentos apresentaram funcionamento em menos de dois turnos, 5 dias da semana, contrariando o disposto na Portaria nº 599 de 23 de março de 2006 [BRASIL, 2006a], que cita em seu anexo I, a necessidade de utilização dos consultórios odontológicos para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo,

40 horas semanais, independentemente do número de cirurgiões-dentistas que neles atuem.

No quesito acessibilidade, os CEOs do Paraná apresentaram resultados superiores quando comparados aos demais estados do Brasil, sendo que apenas 6,3% dos estabelecimentos não apresentaram nenhum dos itens exigidos. As boas condições de acessibilidade diminuem as lacunas e obstáculos presentes às pessoas com limitações, incluindo idosos e portadores de deficiência. Dessa forma, os estabelecimentos devem garantir condições de acessibilidade e mobilidade para pessoas com deficiência [BRASIL, 2013].

Referente às características estruturais e de ambiência, acima de 80% dos estabelecimentos do estado apresentaram boas condições relativas à sala de espera, pisos e paredes com superfícies lisas e laváveis, consultórios limpos e bem iluminados, além do uso e limpeza dos banheiros. Na acústica, evitando ruídos do ambiente externo e interno, e a presença de ar-condicionado nos consultórios, apresentaram menores índices de adequação [aproximadamente 65% dos estabelecimentos apresentaram essas características]. Apenas 29,2% apresentaram ventilador nos consultórios.

Com relação aos recursos materiais, os equipamentos estão distribuídos de modo semelhante entre as regiões brasileiras, e as médias de insumos e instrumentais também são parecidas entre as regiões. No estado do Paraná, 56,2% dos estabelecimentos apresentaram adequação dos 16 itens de insumos, 41,7% com adequação dos 16 itens de instrumental, e 97,9% com adequação dos impressos. No entanto, 16,3% dos profissionais dos CEOs do estado deixaram de atender por falta de insumos e instrumentais, e 22,4% por falha no funcionamento dos equipamentos.

A utilização da logomarca oficial e padronização visual expressa os valores e missão do estabelecimento de saúde, como objeto de divulgação. O slogan “A saúde bucal levada a sério” representa o propósito da PNSB. Nesse sentido, foi criado o Manual de Aplicação da Marca Brasil Sorridente para padronizar a marca entre os CEOs, por meio de placas de identificação, móveis, jalecos e camisas. Quanto à adequação da padronização visual, a placa de inauguração foi a mais frequente [85,4%], seguida da placa de

identificação para fachada [75,0%] e placa de identificação dos consultórios [75,0%]. Em contrapartida, a adequação visual mais obedecida no Brasil foi a placa de identificação para fachada, encontrada em 79,9% dos estabelecimentos.

O Relatório apontou que uma das ações indutoras para a qualidade dos serviços consiste na garantia da existência de gerentes nos CEOs. No estado do Paraná, 10,2% dos estabelecimentos não apresentaram profissional com papel de gerente. Ainda, dentre os 89,8% dos estabelecimentos que apresentaram esse profissional, apenas 42,9% possuem esse papel de modo exclusivo, sendo que 46,9% acumulam o papel de gerência com atividades clínicas. Em relação ao apoio da gestão para o planejamento e organização do processo de trabalho, 71,4% dos gerentes dos estabelecimentos do estado responderam ter recebido esse apoio.

Quanto à qualificação dos profissionais dos CEOs e educação permanente, 16,3% dos gerentes dos CEOs do estado não possuem formação complementar, e a maior parte dos profissionais com formação especializada possui especialização.

No estado do Paraná, a maior parte dos cirurgiões-dentistas dos CEOs foi contratada pela Administração Direta, em regime estatutário. Os planos de carreira estão implantados em 59,2% dos estabelecimentos.

Em apenas um CEO [2%] do estado foi verificado o apoio matricial, que pode favorecer uma melhor interface entre a atenção básica e atenção especializada. Em 65,3% dos estabelecimentos ocorrem discussões de casos, e em 71,4% ocorrem ações compartilhadas com equipes da Atenção Básica.

O planejamento e o monitoramento das ações pelas equipes dos CEOs são importantes ferramentas de gestão e gerenciamento. No Estado do Paraná, verificou-se que em 71,4% dos estabelecimentos ocorreram ações de planejamento nos últimos 12 meses, 89,8% monitoram e analisam metas por especialidade, em 85,7% os cirurgiões-dentistas são incluídos no planejamento das ações, e em 51% as equipes avaliam as ações planejadas e programadas.

No estado do Paraná, assim como em outras regiões do país, ocorre o

predomínio do acesso por mecanismo de referência partindo das Unidades Básicas de Saúde [85,7%], ou por demanda mista [14,3%]. Em nenhum dos estabelecimentos o acesso se dá por demanda espontânea. Em 61,2% dos estabelecimentos, ocorre o contato prévio com pacientes agendados como estratégia para reduzir o absenteísmo. O *overbook* é utilizado por 12,2%, e 26,5% dos estabelecimentos utilizam outras estratégias para enfrentar tal problema. Quanto ao agendamento dos pacientes, a forma predominante se dá por meio da ficha de referência [69,4%].

Todos os CEOs do estado [100%] utilizam algum tipo de prontuário clínico, sendo 79,6% no formato de prontuário único. É baixa a frequência do uso de prontuário dividido por especialidades [10,2%], e 24,5% possuem prontuário eletrônico implantado. Quanto à relação do CEO com outros serviços, o que pode contribuir para uma boa interface e integração entre os níveis de atenção, observou-se maior implantação de protocolo clínico de encaminhamento entre a Atenção Básica e o CEO, nas especialidades de cirurgia [80,4%], periodontia [77,5%], endodontia [75,5%], atendimento a pacientes com necessidades especiais [73,5%] e estomatologia [69,4%].

Sobre o contrarreferenciamento, que constitui outro aspecto importante para uma boa interface e integração entre os níveis de atenção, 87,8% dos estabelecimentos realizam a contrarreferência por meio de fichas, 6,1% por meio de prontuário eletrônico, 4,1% por outras formas e 2% não realizam a contrarreferência. Quanto ao acesso para atenção em ambiente hospitalar, 71,4% dos estabelecimentos possuem referência pactuada para hospitais.

Em relação ao cumprimento das atividades dentro das especialidades, 91,8% dos CEOs do estado realizam biópsias em estomatologia, 89,8% possuem referência para exame anatomopatológico, e 57,1% possuem registro dos casos. Na especialidade de endodontia, todos [100%] os estabelecimentos realizam o tratamento de dentes com três ou mais raízes, porém 63,3% utilizam localizador apical e apenas 36,7% fazem uso de instrumentos rotatórios. Em periodontia, a maior parte dos tratamentos ofertados corresponde às periodontites [100%], cirurgias periodontais [93,9%], controle de hiperplasia gengival [91,8%], e tratamento de lesões de furca [83,7%].

Quanto ao perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos, 95,9% possuem autismo e distúrbios de comportamento, 93,9% apresentam movimentos involuntários e 89,8% possuem algum tipo de deficiência. Na especialidade de cirurgia oral menor, os procedimentos mais realizados estão relacionados a dentes inclusos e impactados, dentes supranumerários, frenectomias, cirurgias pré-protéticas, lesões não neoplásicas, tórus, cistos e tumores benignos, além de apicectomias.

Quanto à visão do usuário, apesar da necessidade de maior aprofundamento nas pesquisas, verificou-se que 46,9% dos estabelecimentos do estado avaliam a satisfação do usuário, e 85,7% possuem canais de comunicação com os usuários. O tempo de espera ocorre de 7 a 30 dias em 33,3% dos casos; ainda, 28,4% em tempo menor que 7 dias, 16,8% de 1 a 3 meses, 10,5% de 3 a 6 meses, e 7,3% de 6 a 12 meses. A forma de marcação da consulta ocorre em horário ou turno agendado em 70% dos casos e 28,8% por ordem de chegada.

O acolhimento foi considerado bom e muito bom por 50,5% e 44,5% dos usuários, respectivamente. Ainda, 98,5% dos usuários sentem-se respeitados pelos profissionais de saúde. O conforto no consultório foi considerado bom e muito bom por 60,2% e 29,4%, respectivamente; 19,3% dos usuários foram encaminhados de volta para suas UBS de origem, e 15,9% receberam documento de encaminhamento por escrito.

A avaliação do vínculo e responsabilização pelos usuários apontou que 90,3% receberam esclarecimentos sobre seu tratamento, sendo que 60% não precisaram tirar dúvidas com os profissionais. Quando precisaram, 28,6% relataram que sempre tiveram facilidade para falar com os profissionais.

A avaliação da disponibilidade de materiais e equipamentos, bem como a percepção das condições de uso e limpeza dos CEOs pelos usuários, demonstrou que 9% relataram ter passado por interrupção no atendimento por falta de materiais e equipamentos, 90,5% consideraram as instalações dos estabelecimentos em boas condições de uso, 95% em boas condições de limpeza, e 73,3% indicaram haver cadeiras suficientes nas salas de espera.

A maior parte dos usuários avaliou as instalações do CEO como “bom” (62,2%), e o atendimento foi avaliado como bom e muito bom por 50,1% e 46,2%, respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos durante a realização da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO) demonstraram que a oferta de atenção especializada no estado do Paraná avançou, no sentido de reduzir as desigualdades observadas na distribuição destes estabelecimentos entre as Regionais de Saúde e na qualidade do acesso ofertado. Não obstante, ressalta-se a importância de ampliar o acesso à atenção especializada, em diversas regiões do estado, haja vista que algumas regionais são marcadas pela ausência destes estabelecimentos. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de planejamento na distribuição desses estabelecimentos, considerando o número populacional, além da possibilidade de pacto entre municípios mais estruturados, para disponibilizar a oferta de vagas para municípios com menor aporte populacional. Com isso, será possível garantir o acesso equânime e de qualidade às necessidades de saúde bucal da população, com a garantia de continuidade do atendimento iniciado na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F. *et al.* A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 50-57, 2016.

BALDANI, M. H. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, número especial 1, p. 145-162, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_

de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 58, p.51-52, 24 mar. Brasil, 2006a. Seção 1. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 58, p 52, 24 mar. 2006b. Seção 1. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/03/2006&jornal=1&pagina=52&totalArquivos=104>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasil Sorridente Passo a Passo das Ações do Brasil Sorridente. Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passoa_passo_ceo.pdf. Acesso em 14 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). **Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015 – 2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): **Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015-2017)** / Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BULGARELI, J. V. *et al.* Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 4, p. 229-236, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 399-407, 2007.

CARRER, F. C. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira [Brasil Sorridente]: a maior política pública de saúde bucal do mundo. In: CARRER, F. *et al.* [Orgs.]. **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. p. 23-31.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 140-157, 2014.

CONTARATO, P. C. **Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no Município de Vitória, do Espírito Santo**. 164 f. Dissertação [Mestrado em Ciências] – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. **Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais**. Recife: Editora UFPE, 2016.

FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, 2016.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318-332, 2014.

GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. L. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. 248p.

HERKRATZ, F. J. *et al.* Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. [orgs.]. **Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 37-48.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Comunicados do IPEA: Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2010. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/100713_comunicado58.pdf. Acesso em: 19 fev. 2019.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Governo do Estado do Paraná**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 16 abr. 2019.

KITAMURA, E. S. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 137-148, 2016.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p.197-215, 2011.

LUVISON, I. R. *et al.* Interface Atenção Básica e Centros de Especialidades Odontológicas: que pontes existem? In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. [orgs.]. **Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidade Odontológicas (CEOs) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 154-166.

NARVAI, P.C. Avanços e Desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.

Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva. v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR]. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha Guia da Rede de Saúde Bucal.** Curitiba: SESA-PR, 2016. 92 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR]. **Rede de Atenção à Saúde Bucal.** Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3027>. Acesso em: 19 fev. 2019a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR]. **Regionais de Saúde.** Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>. Acesso em: 19 abr. 2019b.

PINTO, M. H. B. *et al.* As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A.; MARTELLI, P.J. L. [orgs.]. **Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) no Brasil.** Recife: Editora UFPE, 2016. p. 221-233.

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL A PACIENTES FISSURADOS LABIOPALATAIS NO ESTADO DO PARANÁ

**Mariângela Monteiro de Melo Baltazar | Daniela Pereira Lima
| Fabiana Gonçalves de Oliveira Matos | Robson Diego Calixto
| Rafaela Scariot de Moraes | Solena Ziemer Kusma Fidalski**

Os defeitos congênitos englobam toda anomalia funcional ou estrutural do desenvolvimento do feto, de ordem genética, ambiental, multifatorial ou desconhecida [coexistência dos fatores ambientais e genéticos], mesmo que a manifestação seja tardia [OPAS, 1994; OMS, 2015].

As anomalias congênitas de ordem genética [anomalias cromossômicas] podem ser provocadas por erros nas divisões celulares. Já as anomalias congênitas de ordem ambiental [teratogênicas] podem ser provocadas pelo uso materno de medicamentos [anticonvulsivantes, corticoides ou benzodiazepínicos], exposição à radiação, exposição a agrotóxicos, estresse, tabagismo, etilismo, doenças infecciosas, deficiência nutricional, situação socioeconômica familiar, consanguinidade entre os pais, idade dos pais na concepção e fatores ambientais intraútero [MINAMI *et al.*, 1975; LEITE *et al.*, 2001; DENARDI; PEREIRA, 2003; BURG *et al.*, 2016].

As anomalias congênitas (AC) apresentam alto índice de morbidade, e representam uma das principais causas de mortalidade infantil, podendo apresentar-se de forma isolada ou associada a outras malformações (SEGRE; ARMELLINI; MARINO, 1995). Dentre as malformações congênitas, destacam-se as fendas labiopalatais (FLP) que são as mais recorrentes das anomalias faciais e ocorrem em virtude da ausência de fusão dos processos médio-nasal e maxilar (CAPELOZZA FILHO *et al.*, 1987; SILVA FILHO; FREITAS, 2007)

EPIDEMIOLOGIA DA FISSURA LABIOPALATAL NO MUNDO E NO BRASIL

Definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos maiores problemas de saúde bucal, as fissuras labiopalatais possuem alta prevalência entre a população. Uma pesquisa realizada pelo *International Perinatal Database of Typical Orofacial Clefts* (IPDTC) avaliou registros do período de 2000 a 2005 de 30 países e encontrou uma prevalência média de 9,9 casos de fissuras labiopalatinas por 10.000 nascidos. A maior taxa de prevalência foi verificada no Japão [20,0 por 10.000]. Países como Canadá [11,5 por 10.000], Estados Unidos [10,2 por 10.000] e Austrália [9,7 por 10.000] também apresentaram elevadas taxas de prevalência para as fissuras orofaciais (IPDTC WORKING GROUP, 2011).

Na América do Sul, no período entre 2004 e 2008, foi verificada prevalência de 5,1 por 10.000 nascidos para as fissuras palatinas isoladas e de 13,7 por 10.000 para as fissuras que envolvem o lábio, com ou sem envolvimento do palato (WHO, 2014).

No Brasil, estudo conduzido por Abreu *et al.* [2016] observou uma prevalência global de 4,8 por 10.000 nascidos vivos. Neste estudo, as regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores taxas de prevalência de fissuras de lábio e/ou palato, enquanto que a região Nordeste apresentou a menor taxa ao nascimento.

No que se refere a atenção e tratamento de pacientes portadores de FL/P, é sabido que o mesmo é longo e envol-ve múltiplos procedimentos cirúrgicos, tendo início na infância, e estendendo-se até a vida adulta, com o término do crescimento craniofacial (SILVA, 2018; CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 2018)

Cabe ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as ações de atenção aos portadores de FL/P ocorram de forma descentralizada, a fim de garantir a melhoria da qualidade dos serviços e atendimentos ofertados a esta parcela da população (MONLLEO; LOPES, 2006).

No Brasil, grande parte do custeamento relativo ao tratamento de fissuras lábiopalatinas é eminentemente público, entretanto, sua distribuição entre as regiões do país é bastante desigual com predomínio na região sudeste, fazendo com que muitos pacientes percorram grandes distâncias para a obtenção dos tratamentos necessários (MONLLEO; LOPES, 2006).

O cumprimento das políticas públicas vigentes de atenção à saúde (BRASIL, 1993; BRASIL 2002a; BRASIL 2002b) determina a criação de novos centros especializados de atendimento aos pacientes com anomalias craniofaciais, favorecendo acesso precoce dessa clientela aos serviços de prevenção, tratamento e reabilitação.

Diante do exposto, o propósito deste capítulo é apresentar o perfil epidemiológico da população paranaense portadora de anomalias congênitas, em especial as FLP, bem como apresentar os serviços de atenção a esta clientela, que possuem habilitação em alta complexidade, junto ao Ministério da Saúde.

ANOMALIAS CONGÊNITAS E FISSURAS LÁBIO-PALATAIS NO ESTADO DO PARANÁ – ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE 2000 A 2016

Os dados para obtenção do perfil epidemiológico da população paranaense portadora de anomalias congênitas e fissuras lábio-palatais foram obtidos a partir de um estudo transversal no qual foi utilizado o banco de dados do registro nacional do Ministério da Saúde, Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), do período de 2000 a 2016, referente aos nascidos vivos do estado do Paraná, cujo variável desfecho foi a presença de anomalias congênitas e fenda lábio-palatina e as variáveis independentes estavam relacionadas à mãe e ao nascido vivo.

Os anos escolhidos para a amostra compõem todo o sistema do banco de dados disponível no momento da coleta de dados no sítio eletrônico DATASUS. Tais dados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel® para a análise descritiva dos dados.

Para a coleta dos dados, utilizaram-se os seguintes passos: Acesso ao domínio <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> → Estatísticas vitais → Nascidos Vivos 1994-2016 → Nascidos Vivos - SINASC → Paraná → Enviar. Os dados foram extraídos em arquivo com formato “csv” e especificados por ano de nascimento, os quais foram exportados para o Excel em formato “.xlsx”.

As variáveis analisadas, em relação aos recém-nascidos foram: número de nascidos vivos com e sem defeitos congênitos e fenda labiopalatina, cor / raça, gênero, peso ao nascer e tipo de defeito congênito. Em relação às variáveis da mãe, foram analisados: idade, instrução, estado civil e número de consultas pré-natal. Foi avaliada também a distribuição das anomalias congênitas do Paraná segundo a macrorregião de saúde e regional de saúde. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Características epidemiológicas das anomalias congênitas e fissuras labiopalatais no estado do Paraná

No estado do Paraná, de acordo com a análise dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do DATASUS, para cada 10 nascimentos com anomalia genética, um apresenta-se com fenda labiopalatal. Entretanto, um trabalho recente sugeriu que os dados podem ser subestimados devido às subnotificações [MARTELLI, 2012]. Em relação à população total, a prevalência de anomalia congênita e fenda labial ficam na ordem de 67,1 e 6,74 para cada 10 mil nascidos vivos, respectivamente.

A Tabela 1 apresenta as frequências absolutas e relativas de variáveis relativas aos nascimentos com anomalias congênitas entre 2000 e 2016, segundo o sexo, número de consultas pré-natal, cor/raça, idade e escolaridade maternas.

TABELA 1 - Frequências absolutas (FA) e relativas (%) de variáveis relativas aos nascimentos com anomalias congênicas entre 2000 e 2016, segundo o sexo, número de consultas pré-natal, cor/raça, idade e escolaridade maternas.

CATEGORIA		FA (FR %)		
		FENDA PALATINA	DEMAIS ANOMALIAS	NÃO
Sexo	Masculino	1.049 [58,2%]	9.031 [56,5%]	1.361.046 [51,1%]
	Feminino	753 [41,8%]	6.948 [43,5%]	1.302.126 [48,9%]
Nº Consultas Pré-Natal	Nenhuma	14 [0,78%]	215 [1,34%]	21.167 [0,80%]
	1 a 3	95 [5,29%]	948 [5,90%]	107.053 [4,04%]
	4 a 6	394 [21,93%]	3.720 [23,16%]	532.097 [20,08%]
	7 ou mais	1.294 [72,01%]	11.178 [69,60%]	1.990.078 [75,09%]
Cor/Raça	Branca	1.579 [88,11%]	14.131 [87,93%]	2.169.980 [88,28%]
	Preta	14 [0,78%]	216 [1,34%]	27.853 [1,13%]
	Amarela	7 [0,39%]	48 [0,30%]	5.666 [0,23%]
	Parda	186 [10,38%]	1.627 [10,12%]	247.988 [10,09%]
	Indígena	6 [0,33%]	49 [0,30%]	6.680 [0,27%]
Idade Materna ao nascimento	10 a 14	17[0,94%]	167 [1,03%]	22.184 [0,83%]
	15 a 19	352 [19,52%]	3.144 [19,47%]	502.087 [18,86%]
	20 a 24	466 [25,85%]	4.004 [24,80%]	715.968 [26,89%]
	25 a 29	402 [22,30%]	3.519 [21,80%]	651.839 [24,48%]
	30 a 34	325 [18,03%]	2.732 [16,92%]	477.627 [17,94%]
	35 a 39	190 [10,54%]	1.732 [10,73%]	233.376 [8,76%]
	40 a 44	50 [2,77%]	769 [4,76%]	56.057 [2,11%]
	45 a 49	1 [0,06%]	74 [0,46%]	3.345 [0,13%]
	50 a 54	0 [0,00%]	3 [0,02%]	129 [<0,01%]
	55 a 59	0 [0,00%]	0 [0,00%]	8 [<0,01%]
60 a 64	0 [0,00%]	0 [0,00%]	4 [<0,01%]	
Escolaridade da Mãe	Nenhuma	18 [1,00%]	181 [1,13%]	26.906 [1,02%]
	1 a 3 anos	140 [7,81%]	1076 [6,71%]	164.963 [6,23%]
	4 a 7 anos	526 [29,34%]	4.518 [28,16%]	735.389 [27,78%]
	8 a 11 anos	791 [44,12%]	7.322 [45,64%]	1.216.272 [45,94%]
	12 anos ou mais	318 [17,74%]	2.947 [18,37%]	503.692 [19,03%]
	9 a 11 anos	0 [0,00%]	0 [0,00%]	17 [< 0,01%]
	1 grau incompleto	0 [0,00%]	0 [0,00%]	40 [< 0,01%]
	1 grau completo	0 [0,00%]	0 [0,00%]	7 [< 0,01%]

Fonte: DATASUS [2018] - elaborada pelo autor

No que se refere à presença de anomalias congênitas e fissuras lábiopalatinas no estado do Paraná, verificou-se que as crianças do sexo masculino apresentaram maior frequência de fenda palatina [58,2%] e anomalias congênitas [56,5%]. Estes dados corroboram com os resultados encontrados no trabalho de Martelli [2012] realizado no período de 2009-2011, cuja prevalência de portadores de fendas labiopalatais em sua amostra foi de 54,5% para o sexo masculino. Estudo realizado por Cosme [2017] também demonstrou que o sexo feminino é fator de proteção para estas anomalias, com maior prevalência entre os meninos (0,78 nascimento feminino para cada nascimento do sexo masculino).

Na atenção pré-natal, pôde-se observar que a maior proporção das mães frequentou sete ou mais consultas pré-natal, tanto para as fendas palatinas [72,01%] quanto para as demais anomalias congênitas [69,60%]. Esta informação pode estar atrelada à existência do Programa Mãe Paranaense lançado no estado do Paraná em 2012. A Rede Mãe Paranaense tem como alvo reduzir significativamente os indicadores de mortalidade materno-infantil, objetivando alcançar as metas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio com ações de atenção pré-natal e estabelecimento de número mínimo de consultas, classificação do risco gestacional, e da criança e a vinculação da gestante ao hospital de referência para o parto. Estratégias e políticas para melhoria das condições de saúde, como a Rede Mãe Paranaense, são resultados de pesquisas que contemplam as necessidades e características das mulheres em nível local e regional [NOVAES, 2015]. Em estudo realizado por Andrade *et al.* [2017] no Acre, o número de consulta pré-natal mais prevalente foi de 4 a 6 [41,3%].

Verificou-se que as crianças brancas apresentaram maiores frequências de fenda palatina [88,11%] e demais anomalias [87,93%] (Tabela 1). Este dado pode ser explicado pela predominância percentual da cor/raça branca na população geral [70,31%] conforme dados do IBGE [2016].

A idade materna mais prevalente foi de 20 a 24 anos de vida, sendo que o percentual de 24,80% para outras anomalias e 25,85% para fendas. Em estudo realizado por Lima *et al.* [2018], no estado do Rio Grande do Norte foi encontrado percentual semelhante para a mesma idade materna

[27,24%]. Já no estudo realizado por Vilaça *et al.* [2017] em Pernambuco, o percentual encontrado para anomalias congênitas no período de 20 a 29 anos foi de 48%. Essa informação é importante uma vez que a literatura mundial aponta que a idade materna compreendida entre 20 e 34 anos apresenta-se como fator de risco para o desenvolvimento de anomalias congênitas e que o risco aumenta em 1% aos 35 anos e 2,5% aos 40 anos ou mais [HVIID; SKOVLUND; MØRCH *et al.*, 2017]. Cabe ressaltar que a associação entre idade materna e anomalias congênitas é bem estabelecida, principalmente para a síndrome de Down [MORAES, 2016].

Quanto à escolaridade materna os dados evidenciam que a maioria das mães paranaenses tinha entre 8 a 11 anos de estudo [45,64% para outras anomalias e 44,12 para FL/P]. Em estudo realizado por Mendes *et al.* [2015] no estado de São Paulo o percentual de escolaridade materna foi de 53%, no estado do Maranhão o percentual foi de 58,3% [Rodrigues *et al.*, 2014] e na região nordeste do Brasil houve maior frequência de mães com 10 a 12 anos de estudo [45%] [Fontoura; Cardoso, 2014]. Esta relação de escolaridade e AC e/ou FL/P diz respeito às questões socioeconômicas e educacionais que favorecem ou não a busca por informações sobre os fatores de risco, fatores de proteção, acesso a informações sobre os serviços de assistência e apoio disponíveis em resposta aos agravos pertinentes a este estudo [FONTOURA, 2014].

Em relação à ocorrência de fendas, demais anomalias e ausência de ocorrências [ou ignorada] foi realizada a avaliação de associação entre as macrorregiões do estado do Paraná [Tabela 2]. Foi possível verificar que não houve associação significativa da ocorrência de fendas entre as macrorregiões ($p=0,065$), contudo para as demais anomalias foi verificada maior frequência na macrorregião Oeste (0,74%), seguida da macrorregião Leste (0,59%) [$p<0,0001$]. Quanto à não ocorrência de anomalias, ou dado ignorado, foi possível observar que as maiores frequências ocorreram, significativamente, nas macrorregiões Norte [99,41%] e Noroeste [99,40%] [$p<0,0001$].

Ao realizar a avaliação de anomalias congênitas entre as regionais de saúde do Paraná, foi possível verificar que a distribuição de frequências de

fendas palatinas apresentou significância estatística [$p < 0,0001$], sendo que a Regional de Telêmaco Borba e de Cascavel foram as que apresentaram maior número de notificação para tal anomalia [tabela 3]. Características particulares destas duas regionais devem ser investigadas de modo a compreender tais fenômenos.

TABELA 2 - Frequências absolutas (FA) e relativas (FR %) de crianças nascidas vivas em relação à presença ou ausência de anomalias congênitas, no período de 2000 a 2016, segundo a macrorregião (macro.) Paranaense. P: valor do teste qui-quadrado para K proporções.

	FENDA PALATINA	DEMAIS ANOMALIAS	NÃO OU IGNORADA	TOTAL DE NASCIDOS VIVOS
Leste	931 [0,068%]	8.118 [0,59%]	1.353.321 [99,17%]	1364.635
Norte	257 [0,058%]	2.357 [0,54%]	437.583 [99,41%]	440.197
Oeste	346 [0,072%]	3.538 [0,74%]	474.144 [99,19%]	478.028
Noroeste	270 [0,068%]	2.133 [0,54%]	395.817 [99,40%]	398.220
p-valor	0,065	<0,0001	<0,0001	

Fonte: DATASUS [2018] – elaborada pelo autor

Em relação às demais anomalias, também foi observada significância estatística na distribuição das frequências [$p < 0,0001$], ocorrendo significativamente maior frequência nas Regionais de Cascavel [0,732%], Foz do Iguaçu [0,698%] e Toledo [0,693%] [tabela 3].

Na regional de Telêmaco Borba, apesar de apresentar maior prevalência das fissuras, os números absolutos revelam uma baixa demanda por serviços, anualmente. Os aspectos geográficos favorecem o

deslocamento a centros maiores que possuem serviços especializados, pois pertence à Macrorregião Leste. Entretanto, aspectos epidemiológicos devem ser considerados em função da multifatoriedade das fissuras. Questões relativas às notificações do campo 34 do DATASUS devem ser consideradas, podendo sugerir que a regional em questão adote boas práticas de notificação nas DNV, o que elevaria o número de notificações em relação ao padrão de subnotificação apontado por Laurenti et al [2014]. Outro aspecto a ser considerado é a possível interferência genética associada a fatores ambientais. Cabe apontar que esta regional possui o maior parque industrial para celulose do país e América Latina [OLIVEIRA, 2017], o que em função dos resíduos ambientais, pode associar-se aos demais fatores etiológicos das malformações congênitas [ARAUJO; NASCIMENTO; RONCALLI, 2016].

A Regional de Cascavel, pertencente à Macrorregião Oeste, foi apontada em recente pesquisa realizada por Dutra e Ferreira [2017] como a região de maior consumo de agrotóxicos do estado do Paraná, o que pode explicar a maior prevalência, pelo efeito cumulativo destes na saúde humana. Tais relações precisam ser aprofundadas de modo a confirmar ou refutar a hipótese positiva para elas. Trata-se de uma série histórica de 16 anos, por conseguinte a tendência apresentada demonstra uma condição que foi se efetivando ao longo dos anos estudados. Em relação às demais anomalias foi observada maior frequência nas Regionais de Cascavel [0,732%], Foz do Iguaçu [0,698%] e Toledo [0,693%] (Tabela 3).

Tal implicação também pode guardar relação com a pesquisa realizada por Dutra e Ferreira [2017], que destaca a característica eminentemente agrícola, com o elevado consumo de agrotóxicos. Quanto aos aspectos de distribuição dos defeitos congênitos, os resultados evidenciam a necessidade de medidas que viabilizem e ampliem a descentralização da atenção as anomalias congênitas e fissuras lábio palatais com maior enfoque na região oeste do estado do Paraná.

TABELA 3 - Frequências absolutas (FA) e relativas (FR %) de crianças nascidas vivas em relação à presença ou ausência de anomalias congênitas, no período de 2000 a 2016, segundo a Regional de Saúde Paranaense. P: valor do teste qui-quadrado para K proporções.

	FENDA PALATINA	DEMAIS ANOMALIAS
Paranaguá	56 [0,074%]	463 [0,614%]
Metropolitana	553 [0,065%]	4.491 [0,527%]
Ponta Grossa	87 [0,052%]	622 [0,371%]
Irati	31 [0,073%]	214 [0,502%]
Guarapuava	103 [0,078%]	854 [0,643%]
União da Vitória	43 [0,094%]	260 [0,568%]
Pato Branco	48 [0,069%]	409 [0,584%]
Francisco Beltrão	43 [0,054%]	449 [0,563%]
Foz do Iguaçu	91 [0,079%]	803 [0,698%]
Cascavel	126 [0,097%]	946 [0,732%]
Campo Mourão	44 [0,055%]	312 [0,391%]
Umuarama	24 [0,040%]	277 [0,457%]
Cianorte	27 [0,082%]	171 [0,521%]
Paranavaí	28 [0,045%]	239 [0,382%]
Maringá	146 [0,090%]	865 [0,532%]
Apucarana	58 [0,070%]	414 [0,501%]
Londrina	120 [0,059%]	899 [0,440%]
Cornélio Procopio	29 [0,055%]	332 [0,634%]
Jacarezinho	37 [0,055%]	320 [0,479%]
Toledo	42 [0,050%]	582 [0,693%]
Telêmaco Borba	62 [0,127%]	279 [0,571%]
Ivaiporã	11 [0,032%]	135 [0,394%]
p-valor	<0,0001	<0,0001

Fonte dos dados: DATASUS [2018] – elaborada pelo autor

Breve história sobre a rede de atenção ao paciente fissurado

No Brasil, em 1967 surgiu o primeiro e principal Centro de Atendimento ao paciente portador de fissura na cidade de Bauru/SP (CENTRINHO - BAURU/SP), hoje Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC). Durante muitos anos, os pacientes de todo o Brasil teriam que se deslocar para este centro em busca da atenção necessária à resolução das anomalias. O Centrinho, como é carinhosamente conhecido, é referência internacional no tratamento de anomalias craniofaciais, mas a necessidade de aproximação do paciente ao Centro de atendimento, fez com que fosse criada uma rede por todo o país, organizando a descentralização desta atenção.

No estado do Paraná há três centros especializados para o atendimento de pacientes portadores de FLP sendo eles: Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF), localizado na cidade de Curitiba; Centro de Apoio e Reabilitação dos Portadores de Fissura Labiopalatal (CEFIL) localizado na cidade de Londrina e o Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais (CEAPAC) localizado na cidade de Cascavel. Na sequência será abordado cada um desses serviços.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA AO PACIENTE FISSURADO NA REGIÃO LESTE DO PARANÁ - A HISTÓRIA DO CAIF/HT NA ATENÇÃO AO PACIENTE FISSURADO

O Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF), órgão da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR), criado em 16 de abril de 1992, é um território sanitário estadual da atenção secundária de saúde para atendimento a pacientes portadores de deformidades congênitas da face. O CAIF está localizado no Município de Curitiba-PR e apresenta-se como um centro de referência nacional no Sistema Único de Saúde [SUS] ao atendimento de deformidades craniofaciais, sendo o segundo maior do Brasil em número de paciente atendidos.

A criação do CAIF foi um grande marco para a saúde paranaense. Durante a década de 80, a saúde no estado do Paraná ainda não se encontrava consolidada e passava por um grande processo de municipalização. Todos

os atendimentos eram realizados pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977 pela Lei nº 6.439, que se tratava de um sistema de saúde segmentado e curativo. Foi a partir desse momento que surgiram os primeiros atendimentos voltados aos pacientes portadores de fissuras lábio-palatinas, os quais eram encaminhados ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/Centrinho) da Universidade de São Paulo (USP) por ser o local de referência e suporte para atendimento de pacientes com deformidades craniofaciais congênitas. Infelizmente muitos casos eram desassistidos e não tratados, pois havia uma dificuldade de deslocamento até o HRAC-USP e muitos pacientes não possuíam recursos financeiros para arcar com os custos de viagem e manutenção durante os dias de tratamento. Além disso, o HRAC-USP passava por um período de procura intensa por tratamentos, o que acabou fazendo com que muitos pacientes ficassem em fila de espera. Isso fez com que o HRAC-USP criasse uma política de descentralização, a qual incentivava a criação de outros centros de reabilitação pelo país e em troca oferecia capacitação especializada de acordo com seus protocolos a profissionais que tivessem interesse em trabalhar com esses pacientes.

FIGURA 1 - Entrada do Centro de Atenção Integral ao Fissurado (CAIF).



Com o surgimento do SUS no final da década de 80 e início da década de 90 e a extinção do INAMPS em 1993, pela lei nº 8.689, a saúde

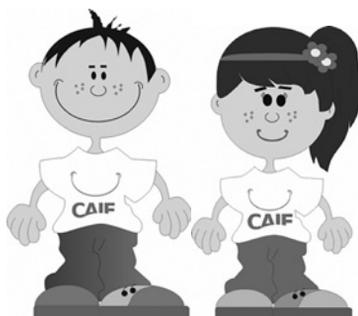
paranaense começava a tomar novos rumos. Nesse momento, no estado do Paraná, por meio da Secretaria de Saúde, começava-se a se consolidar e traçar estratégias buscando um atendimento integral e de qualidade, que atingisse o maior número da população. Com isso e pensando numa melhora do atendimento do paciente com fissuras lábio-palatinas, um grupo de profissionais da odontologia começava a se mobilizar e pensar num espaço de atendimento integral. Após a política de descentralização proposta pela HRAC-USP, os primeiros profissionais capacitados a esse tipo de atendimento começaram a difundir seus conhecimentos, numa antiga sede localizada na Rua do Rosário – Matriz. Nesse local eles contavam com o apoio de alguns profissionais de outras áreas que trabalhavam naquele período no Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente (CRAID) e na Associação Paranaense de Reabilitação (APR). Com os resultados positivos e aumento na procura pelo atendimento, pensou-se na possibilidade da criação de um centro de especialidades. Naquele momento esse centro foi alocado na antiga Unidade de Saúde Manoel de Almeida que se encontrava abandonado ao lado no Hospital do Trabalhador. Assim, em integração com a SESA, fundou-se o Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal, tendo como fundador e diretor o Dr. Lauro Consentino Filho, peça importantíssima para o desenvolvimento desse centro. Durante o início das atividades, o CAIF ainda manteve forte parceria com o HRAC-USP, principalmente para realização de cirurgias de alta complexidade. Também contou com a participação da Universidade Federal do Paraná (UFPR) por meio dos serviços atendidos pelo Complexo Hospital das Clínicas (CHC-UFPR). Nesse momento estava fundado o conhecido CAIF.

Logo no início de sua história, em 1993, devido a sua grande demanda e importância social, conveniu-se com a Associação de Reabilitação e Promoção Social do Fissurado Labiopalatal (AFISSUR), razão pela qual por muito tempo denominou-se CAIF/AFISSUR. Tal associação fortaleceu o serviço prestado e permitiu que a instituição recebesse recursos financeiros de doações, convênios, através do Governo do Estado do Paraná bem como do Ministério da Saúde. Também contou com a ilustre parceria da Fundação Americana *Smile Train* (2000) e a *Operation Smile* (2004), a qual permitiu um intercâmbio internacional de profissionais que ajudaram a traçar estratégias para o bom funcionamento do espaço além do investimento de recursos

financeiros para realização de um maior número de atendimentos cirúrgicos, os quais eram realizados no HT. Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), incluiu a SESA/CAIF como Centro de Atendimento de Alta Complexidade, tornando-se um centro independente, o que o tornou mais consolidado. No ano de 2018, o CAIF deixou de ser conveniado com a AFISSUR e passou a ser um braço do HT, juntamente com a Secretaria de Saúde, não se denominando mais CAIF/AFISSUR e sim CAIF/HT.

Pioneiro no sul do País em atendimento integral a essa população, o CAIF/HT atende um total de 18 estados brasileiros, sendo eles: Amazonas, Rondônia, Pará, Maranhão, Ceará, Piauí, Sergipe, Tocantins, Mato Grosso, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Devido à complexidade dos casos atendidos, o CAIF/HT conta com uma equipe multi e interdisciplinar para um atendimento integral e humanizado. Atualmente conta com as áreas de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Fonoaudiologia, Genética, Medicina [Cirurgia Plástica e Craniofacial, Neurologia, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Clínica Geral, Anestesiologia, Oftalmologia] e Odontologia [Cirurgia Bucomaxilofacial, Ortodontia, Prótese Bucal e Bucomaxilofacial, Ortodontia, Endodontia, Clínica Geral, Odontopediatria, Periodontia]. Ainda, além da equipe de profissionais especializados, conta com uma equipe administrativa e de nível técnico/auxiliar, tendo um total de 68 colaboradores.

FIGURA 2 - Símbolos do CAIF.



Buscando sempre cumprir sua missão e manter seus valores, os principais objetivos do CAIF/HT estão baseados na reabilitação funcional e estética de cada indivíduo atendido, permitindo a [re]inclusão desses pacientes na sociedade. Sabe-se que pacientes portadores de fissuras labiopalatinas possuem, de uma forma geral, baixa qualidade de vida, pois possuem um severo comprometimento estético, psicológico e fonético.

O fluxo atual de atendimento no CAIF/HT inicia-se com o encaminhamento pela Unidade Básica de Saúde [UBS]. Ao chegar no CAIF/HT o paciente tem seu primeiro atendimento realizado pelas áreas de Psicologia e Serviço Social. Em seguida, após consulta e triagem médica é encaminhado para as diversas especialidades. Contando com 6 consultórios odontológicos e 20 cirurgiões-dentistas, o Setor de Odontologia do CAIF/HT realiza mensalmente uma média de 1.600 procedimentos odontológicos dentro de um total de 3.300 procedimentos mensais realizados por todas as especialidades, dados que comprovam sua importância e contribuição na rede de saúde bucal do estado do Paraná. Até o ano de 2019, o CAIF/HT fez mais de 10 mil pacientes atendidos e uma média de 100 cirurgias de alta complexidade por mês.

FIGURA 3 - Centro Cirúrgico – Hospital do Trabalhador.



O CAIF/HT é um ponto de atenção secundária e, de acordo com as normas da linha guia da Rede de Saúde Bucal disponibilizadas pelo Governo Estadual e pela SESA-PR, garante acolhimento, acessibilidade e cuidado humanizado aos pacientes portadores de deformidades congênitas da face; realiza o tratamento clínico e a reabilitação de indivíduos com deformidades congênitas de face e/ou crânio, entre as quais incluem-se as fissuras orofaciais; bem como mantém a saúde bucal dos pacientes que demandam o serviço através de procedimentos preventivos, curativos e de intervenção ortodôntico-ortopédica e cirúrgica, visando corrigir as alterações das arcadas dentárias.

Dentre as anomalias craniofaciais atendidas pelo serviço, estão as fendas palatinas [fenda do palato duro, fenda do palato mole, fenda do palato duro com fenda do palato mole, fenda de úvula, fenda palatina não especificada, fenda labial, fenda labial bilateral, fenda labial mediana, fenda labial unilateral]; fendas labiais com fendas palatinas [fenda do palato duro com fenda labial bilateral, fenda do palato duro com fenda labial unilateral, fenda do palato mole com fenda labial unilateral, fenda do palato mole com fenda labial bilateral, fenda dos palatos duro e mole com fenda labial unilateral, fenda dos palatos duro e mole com fenda labial bilateral, fenda do palato com fenda labial unilateral não especificada, fenda do palato com fenda labial bilateral não especificada]; malformações congênitas da língua, boa e faringe [fístula congênita de lábio, anquiloglossia, língua presa, macroglossia, malformações de glândulas e ductos salivares]; síndromes craniofaciais com comprometimentos bucais [Síndrome de Williams, Síndrome de Patau, Síndrome de Turner, Síndrome do X-Frágil, Síndrome de Pallister-Killian, Síndrome de Apert, Síndrome de Edwards, Holoprosencefalia, Microsomia Craniofacial, Síndrome de Goldenhar, Síndrome de Treacher Collins, Síndrome de Crouzon, Síndrome de Freeman-Sheldon, Síndrome de Parry Romberg, Síndrome de Moebius, Síndrome de Sturge-Weber, Síndrome de Joubert, Síndrome Orofaciodigital 1, Displasia Frontonasal].

Na atenção à saúde bucal, os principais procedimentos realizados são: aplicação tópica de flúor, evidenciação de placa bacteriana e orientação de higiene bucal, restauração de dentes decíduos, raspagem-alisamento-polimento subgingivais, moldagens e confecções de próteses dentárias,

instalação e manutenção de dispositivos ortopédicos e/ou ortodônticos fixos, selamento provisório de cavidades dentárias, restauração de dentes permanentes posteriores, extração de dentes impactados e inclusos, instalação de implantes dentários e próteses sobre implante. Ademais, conta com a realização mensal de número significativo de cirurgias para correções de deformidades dentofaciais, como as cirurgias ortognáticas e enxertos dos maxilares; e a confecção de próteses bucomaxilofaciais, como as próteses de bulbo faríngeo.

FIGURA 4 - Demonstração de fissura transforame unilateral esquerda em modelo de trabalho.

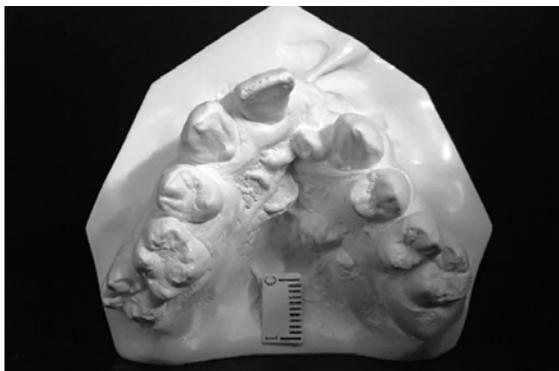
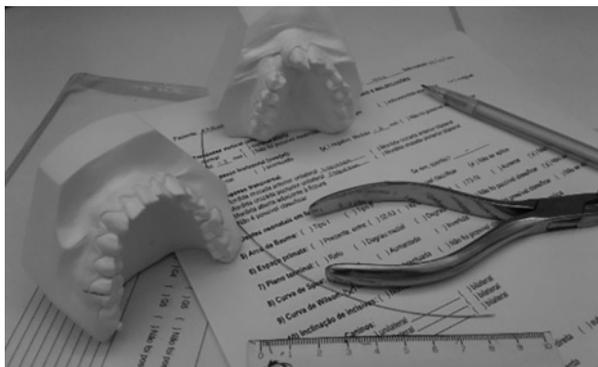


FIGURA 5 - Atendimento odontológico de endodontia



Por fim, tendo como nítido a importância do serviço por meio de ambientes adequados e o atendimento qualificado por parte dos profissionais, o CAIF/HT também conta com o avanço e incentivo em pesquisas científicas de alta relevância, principalmente na odontologia, no qual, por meio de seu centro de estudos, permite que os diversos profissionais e estudantes possam colaborar com a comunidade científica a fim de buscar formas de atualização, bem como o melhor atendimento a todos aqueles pacientes que buscam por tratamento.

FIGURA 6 - Estudo sobre alterações dentofaciais desenvolvido pela equipe de odontologia do CAIF.



ZEZINHO, O PIONEIRO

Em julho de 1992, enquanto pescava próximo à ilha de Superagui no litoral do Paraná, Roberto Requião, Governador do estado na época, encontrou Zezinho, um jovem de 21 anos portador de fissura de lábio e palato, que nunca tinha feito tratamento. Não conformado com a situação, visto que recentemente havia sido criado o CAIF, logo levou o jovem para Curitiba-PR a fim de iniciar seu tratamento. Zezinho vivia com seus pais numa ilha isolada da comunidade devido ao seu problema, local onde não chegava nem energia elétrica. Nesse tempo de vida, nunca tinha assistido TV e o máximo que conhecia era um rádio de pilha. Relatava a todo o momento que gostava de viver ali, pois tinha vergonha que outras pessoas o vissem daquela forma e que o desprezassem. Em agosto do mesmo ano, passou pela sua primeira cirurgia: a tão sonhada “reconstrução” de lábio. Ainda, nesse mesmo ano, estava agendada sua cirurgia de palato. Chegando o dia da segunda cirurgia, Zezinho se recusou a comparecer na consulta relatando que não havia mais necessidade, pois a primeira já tinha sido suficiente para que mudasse de vida e que, inclusive, já tinha até arrumado uma namorada. Não aceitando que o paciente ficasse com o tratamento incompleto, em janeiro de 1993, Dr. Lauro Consentino Filho retornou à ilha para tentar levá-lo novamente e assim completasse seu tratamento. Depois de muita conversa, conseguiu convencer Zezinho a voltar ao CAIF. O paciente então optou por colocar prótese obturadora visto que não queria realizar outra cirurgia. Chegando no período combinado o paciente não compareceu na consulta. No final deste mesmo ano, num certo dia, os responsáveis pelo Serviço receberam uma ligação da irmã de Zezinho, a qual dizia que ele tinha se tornado pai e que seu sobrinho tinha nascido sem nenhum tipo de fissura. Nesse mesmo telefonema, convidou Dr. Lauro para que se tornasse padrinho do bebê, o que não foi possível devido às dificuldades para se chegar à ilha e a data que era incerta [no ano em questão, o padre fazia visita à ilha somente uma vez por ano para a realização de casamentos e batizados]. Honrado e ao mesmo tempo triste por não ter conseguido batizar o filho de Zezinho, passou a se considerar padrinho de coração e a sonhar pelo dia que iria conhecer a criança.

Relato do Dr. Lauro Consentino Filho

ATENÇÃO ESPECIALIZADA AO PACIENTE FISSURADO NA REGIÃO NORTE DO PARANÁ (CEFIL)

O Centro de Apoio e Reabilitação dos Portadores de Fissura Labiopalatal (CEFIL) é o único centro no norte do Paraná voltado para o tratamento e reabilitação do paciente portador de fissura Labiopalatina. Foi fundado no ano de 2000 graças ao empenho de profissionais voluntários, pais, pacientes e membros da comunidade que se organizaram com o objetivo de dar apoio e proporcionar a reabilitação às crianças portadoras de fissura labiopalatina. Atualmente o CEFIL oferece orientação às gestantes, o tratamento integral e a reabilitação necessária para a inclusão social da pessoa com fissura labiopalatina. O atendimento é gratuito e tem parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e Hospital Universitário de Londrina [UEL]. São atendidos aproximadamente 60 municípios da região norte do Paraná. Em 2006, um convênio com o Hospital Universitário de Londrina, proporcionou a realização das cirurgias corretivas na referida cidade. Neste processo, agregou-se também o serviço de Otorrinolaringologia, Pediatria e Cirurgia Bucomaxilofacial (<http://www.cefil.org.br/>).

A ATENÇÃO ESPECIALIZADA AO PACIENTE FISSURADO NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ – A HISTÓRIA DO CEAPAC

O mais novo centro habilitado pelo Ministério da Saúde ao atendimento a lesões labiopalatais compõe com outros 28 a rede de atenção ao portador destas anomalias do SUS.

Sua história teve início em 2003, quando iniciaram-se as atividades de extensão da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) na Associação dos Portadores de fissuras labiopalatais (APOFILAB), e alguns atendimentos em odontologia com maior complexidade eram realizados nas dependências da Clínica Odontológica da UNIOESTE, o que deu origem a um termo de cooperação técnica e científica entre as duas instituições.

Em 2005 essas instituições uniram esforços em torno de ideias, buscando diminuir distâncias e melhorar a vida dos pacientes concretizando uma importante estrutura de atenção ao portador de fissuras e outras anomalias craniofaciais congênitas.

Deste esforço surgiu o Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais (CEAPAC), que é parte integrante do Hospital Universitário Oeste do Paraná (HUOP) cujo atendimento ocorre no prédio financiado com recursos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado do Paraná para esta finalidade específica, e com aprovações em todas as esferas do Controle Social. O valor total dos convênios foi de R\$ 2.132.570,00 que foram investidos na construção do prédio e na compra de equipamentos.

O atendimento no CEAPAC hoje se dá nas áreas ambulatoriais e cirúrgicas contando com profissionais de Odontologia [Odontopediatria, Ortodontia, Clínica Geral, Cirurgia Bucomaxilo Facial, endodontia], Fonoaudiologia, Medicina [Pediatria, Cirurgia Plástica e Otorrinolaringologia], Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social e Enfermagem, atendendo todas as necessidades de alta complexidade do portador de fendas labiopalatais.

Desde que os trabalhos no CEAPAC foram iniciados em fevereiro de 2013, mais de 19.000 procedimentos ambulatoriais já foram realizados. Uma média mensal de aproximadamente 250 procedimentos nas diferentes especialidades.

O CEAPAC possui a habilitação em alta complexidade em Lesões Labiopalatais pelo Ministério da Saúde, obtida por meio da Portaria nº 150/2018 de 18 de janeiro de 2018, e atende a macrorregião oeste do Paraná que compreende as regionais de Cascavel, Toledo, Foz do Iguaçu, Pato Branco e Francisco Beltrão com abrangência de 51 municípios.

A ligação física do CEAPAC com o HUOP, este, sendo o maior hospital público da macrorregião oeste do Paraná e maior referência nas questões materno-infantil desta população, coloca o CEAPAC na condição de receber os portadores de FL/P desde os primeiros momentos do nascimento, possibilitando intervenções que buscam promover a amamentação e estímulo permanente aos padrões de sucção adequados de modo a contribuir com o desenvolvimento das estruturas faciais do recém-nascido.

Com o passar dos anos, pacientes residentes nesta região, de todas as idades, têm procurado os serviços especializados do CEAPAC. São atendidos desde pacientes idosos, adultos e adolescentes não operados, até pacientes que optam pela atenção no centro, por ser mais próximo de

suas residências, e assim, transferem para Cascavel-PR, principalmente as ações de ortodontia, próteses dentárias, fonoterapias, acompanhamentos psicológicos e de assistência social. Atenta-se sempre ao direito do paciente de permanecer em tratamento no local em que foi iniciado, caso este seja o seu desejo.

FIGURA 7 - Prédio do Centro de Atenção e Pesquisas em Anomalias Craniofaciais – Hospital Universitário do Oeste do Paraná (CEAPAC/HUOP)



FIGURA 8 - Clínica de Atendimentos Odontológicos e sala de espera do CEAPAC



AS ASSOCIAÇÕES DE APOIO ÀS PESSOAS E FAMÍLIAS COM FISSURAS OU MALFORMAÇÃO CRANIOFACIAL

Concomitante aos serviços referência para a assistência ao paciente fissurado, foi criada uma rede de apoio a estes pacientes e familiares em diferentes municípios, que a partir de Bauru-SP espalhou-se pelo Brasil.

A organização das associações que atende pessoas com fissuras ou

malformações craniofaciais teve o seu início com a Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio Palatal - PROFIS, em 1º de setembro de 1975, destinada a prestar assistência aos pacientes com fissura labiopalatal e ou malformação craniofacial em tratamento no Hospital de Reabilitação em Anomalia Craniofacial da Universidade de São Paulo (HRAC/USP) em Bauru, no estado de São Paulo. Hoje totalizando mais de 30 Associações neste segmento em todo o Brasil. Essas associações vêm para contribuir no acolhimento e informações junto aos familiares no processo de tratamento e reabilitação, nos períodos de pré e pós-operatório, na área de atenção básica, bem como nos encaminhamentos para os centros de referências. Também está na luta pela conquista de direitos e de políticas públicas que garantam o processo de reabilitação da pessoa com fissura ou malformação craniofacial na sua totalidade. As Associações são administradas por uma diretoria composta por pessoas voluntárias formada por pais, usuários/pacientes e pessoas associadas. No estado do Paraná existem seis associações que atendem pessoas com fissura e/ou malformação craniofacial [Quadro 1].

QUADRO 1 - Dados de localização e contato das associações de fissurados no Paraná

NOME	LOCAL	TELEFONE	E-MAIL
APOFILAB - Associação de Portadores de Fissura Labiopalatal de Cascavel	CASCADEL	3326-7896 ou 3326-7746	apofilab@gmail.com
AFISSUR - Associação de Reabilitação e Promoção Social ao Fissurado Labiopalatal	CURITIBA	[41] 3268-1704	caif.afissur@hotmail.com
CEFIL - Centro de Apoio e Reabilitação dos Portadores de Fissura Labiopalatal de Londrina e Região	LONDRINA	[43] 3344-2393 99926-8366	cefil.londrina@gmail.com
AFIM - Associação de Apoio ao Fissurado Labiopalatal de Maringá	MARINGÁ	[44] 3225-1785 99984-4028	afim_maringa@yahoo.com.br
APPDF - Associação Pontagrossense dos Portadores de Deformidades Faciais	PONTA GROSSA	[42] 3222-9238 99981-1613	appdf_@hotmail.com
ARLEP - Associação de Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais	UNIÃO DA VITÓRIA	[42] 3522-5626 99955-0909	arlep2009@hotmail.com

Fonte: Associação de Portadores de Fissuras Lábio Palatal de Cascavel (APOFILAB)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o tratamento de fissuras lábio palatinas é eminentemente público, o estado do Paraná apresenta três centros especializados para o atendimento de pacientes portadores de FLP. Desde 1992 o CAIF [Curitiba-PR] atende a pacientes portadores de deformidades congênitas da face, é centro de referência nacional no SUS ao atendimento de deformidades craniofaciais, sendo o segundo maior do Brasil em número de pacientes atendidos. A criação do CAIF foi um grande marco para a saúde paranaense. No ano de 2000 foi fundado o CEFIL [Londrina-PR], esse é o único centro no norte do Paraná voltado para o tratamento e reabilitação do paciente portador de fissura Labiopalatina. O centro oferece orientação às gestantes, o tratamento integral e a reabilitação necessária para a inclusão social da pessoa com fissura labiopalatina. O CEAPAC [Cascavel-PR] é o mais novo centro habilitado pelo Ministério da Saúde [2013] ao atendimento a lesões labiopalatais, e possui a habilitação em alta complexidade para o atendimento aos pacientes. Além disso, no estado do Paraná existem seis associações [redes de apoio] que atendem pacientes e seus familiares no processo de tratamento e reabilitação da FLP. Diante desse cenário é possível identificar que a atenção à saúde bucal a pacientes fissurados labiopalatais no estado do Paraná é expressiva e atuante, o que torna esse estado uma referência nacional.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Moisés Warszawiak e João Carlos Silva de Abreu, sendo o primeiro o coordenador do departamento de Odontologia e o segundo o diretor da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná na época de criação do CAIF; que não hesitaram em compartilhar suas lembranças para a criação deste capítulo. Ao Dr. Lauro Consentino Filho, pessoa-chave nessa história por ser fundador, ex-diretor e um grande apaixonado pelas memórias desse grande centro. Ao Zezinho, e claro, a todos os demais profissionais que ajudaram a escrever a história do CAIF nesses 26 anos de existência, "*Face a face, devolvendo sorrisos*".

À Sonia M. Jimenez Thrun e Silvana Aparecida Becker da Associação de portadores de fissuras lábio-palatais de Cascavel [APOFILAB], que não hesitaram em compartilhar as informações acerca da rede de apoio aos portadores de fissuras lábio-palatais e demais anomalias craniofaciais no estado do Paraná.

REFERÊNCIAS

ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães; LEE, Kyu Ha; LUQUETTI, Daniela Varela; STARR, Jacqueline Rose. Temporal trend in the reported birth prevalence of cleft lip and/or cleft palate in Brazil, 2000 to 2013. **Birth Defects Res A Clin Mol Teratol**, v. 106, n. 9 p.789-92 set, 2016.

ANDRADE Andreia Moreira de, RAMALHO Alanderson Alves, OPITZ Simone Perufo, MARTINS Fernanda Andrade, KOIFMAN Rosalina Jorge. Anomalias congênitas em nascidos vivos. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.30, n.3, p.1-11, jul/set, 2017.

ARAÚJO, Isabelle Maria Mendes; NASCIMENTO, Manoel Marcilio Barbosa; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Recursos hídricos e saúde humana: impactos industriais e estratégias de manejo e proteção ambiental no município de Goiana/PE. **R. Inter. Interdisc. Interthesis**, Florianópolis, v.13, n.3, p.163-181 set/dez, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Portaria SAS/MS n. 126. **Cria grupos e procedimentos para tratamento de lesões labiopalatais na tabela SIH/SUS e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 21set 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002**. Brasília: Editora MS, 2002a.

BRASIL. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002**. Diário Oficial da União, 28 fev 2002b.

BURG, Madeleine L; CHAI, Yang; YAO, Caroline A; MAGEE, Wilian III; FIGUEIREDO, Jane C. Epidemiology, Etiology, and Treatment of Isolated Cleft Palate. **Front Physiol**. 2016.

CAPELOZZA FILHO, Leopoldino; MIRANDA, Esiquiel de; ALVARES, Ana Lúcia Gabos; ROSSATO, Claudenir; VALE, Dione Maria Viana do; JANSON, Guilherme dos Reis Pereira; BELTRAMI, Luiz Eugenio Rossa. Conceitos vigentes na epidemiologia das fissuras lábio-palatais. **Rev. Bras. Cir.**, v.77, n.4, p.223-230, 1987.

CAPELOZZA FILHO, Leopoldino; SILVA FILHO, Omar Gabriel. **Malformações congênitas labiopalatinas: etiologia, classificação das fissuras labiopalatinas**. In: Machado,

Maria Aparecida de Andrade Moreira. Etapas e condutas terapêuticas - Fissuras Labiopalatinas, Anomalias Craniofaciais, Saúde Auditiva, Síndromes. 7 ed. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP). 2018.

COSME, Henrique Willian; LIMA, Laura Silva; BARBOSA, Lene Garcia. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. **Rev Paul Pediatr**, v.35, n.1, p.33-38, mar 2017.

DUTRA, Lidiane Silva; FERREIRA, Aldo Pacheco. Associação entre malformações congênitas e a utilização de agrotóxicos em monoculturas no Paraná, Brasil. **Saúde Debate**, v. 41, n. Especial, p. 241-253, jun, 2017.

FONTOURA, Fabíola Chaves; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Associação das malformações congênitas com variáveis neonatais e maternas em unidades neonatais numa cidade do Nordeste brasileiro. **Texto & Contexto – Enferm**, v.23, n.4, p. 907-914, dez, 2014.

HVIID, Malene Meisner; SKOVLUND, Charlotte Wessel; MØRCH Lina Steinrud; LIDEGAARD Øjvind [2017]. Maternal age and child morbidity: A Danish national cohort study. **Plos One** v. 12. n. 4. e0174770. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174770>

HOROVITZ, Dafne Dain Gandelman *et al.* Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: características do atendimento e propostas para a formulação de políticas públicas em genética clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.25, p. 599-609, 2006.

IPARDES, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social Paraná em números. 2014.

IPDTC Working Group. Prevalence at birth of cleft Lip with or without cleft palate: data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTC). **The Cleft palate Craniofacial Journal**, v.48, n.1, p.66-81, 2011.

LAURENTI, Ruy *et al.* A Importância das anomalias congênitas ao nascer. **Rev. Bras. crescimento desenvolv. hum.**, v.24, n.3, p.328-338, 2014.

LEITE, Júlio César Loguercio; STEIN, Nina Rodrigues; TROVISCAL, Liliam Pontes; GIUGLIANI, Roberto. Programa de monitoramento de defeitos congênitos: experiência do estudo colaborativo latino-americano de malformações congênitas no HCPA. **Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul**. 2001:290-3.

LIMA, Nathácia Almeida; SILVA, Caio da Fonseca; SANTOS, Marquiony Marques; FERNANDES, Thales Allyrio Araújo De Medeiros; LUCENA, Eudes Euler De Souza. **R Bras Ci Saúde**, v.22, n.1, p.45-50, 2018.

LUQUETTI, Daniela Varela; KOIFMAN, Rosalina Jorge. Qualidade da notificação de anomalias congênitas pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): estudo comparativo nos anos 2004 e 2007. **Cad Saúde Pública**, v.26, n.9, p.1756-1765, set, 2010.

MARTELLI, Daniella Reis Barbosa *et al.* Fissuras lábio palatinas não síndrômicas:

relação entre o sexo e a extensão clínica. **Braz J Otorhinolaryngol**, v.78, n.5, p. 116-120, out, 2012.

MENDES, Carolina Queiroz de Souza; AVENA, Marta José; MANDETTA, Myriam Aparecida; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes. Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas no município de São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.15, n.1, p 7-12, jun, 2015.

MONLLEO, Isabella Lopes; GIL-DA-SILVA-LOPES, Vera Lúcia. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.5, p.913-922, mai, 2006.

MORAES, Carolina Leão de. **Fatores de risco para anomalia congênita: estudo de caso-control.** [Mestrado em Ciências da Saúde], Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiás. 2016

NOVAES, Elisiane Soares; DE OLIVEIRA, Rosana Rosseto; MELO, Emiliana Cristina; VARELA, Patrícia Louise Rodrigues; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Perfil obstétrico de usuárias do Sistema Único de Saúde após implantação da rede mãe paranaense. **Ciênc Cuid Saúde**. v.14, n. 4, p 1436-1444, out/dez, 2015.

OLIVEIRA, Luciano. As 10 Maiores Fábricas Integradas de Papel no Brasil. Celulose, **online**, nov, 2017. Disponível em <https://www.celuloseonline.com.br/as-10-maiores-fabricas-integradas-de-papel-no-brasil-acesso/> Acesso em 19 out. 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional para doenças e problemas relacionados à saúde [CID-10]. São Paulo: **Centro colaborador da OMS para a Classificação das doenças em português. Décima revisão. Versão 2008**. [citado em 13 abr 2009]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/web_help/cid10.htm.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]/CDC/ICBDSR. Vigilância de anomalias congênitas: manual para gestores de programas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177241/9789243548722_spa.pdf;jsessionid=880CF2C52AF7F8043C653069E544A5E1?sequence=1>. Organização Panamericana de Saúde. Saúde materno infantil: atenção primária nas Américas. Organização Panamericana de Saúde: Washington, DC; 1994

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [Sinasc]: análise crítica da literatura. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2729-2737, out, 2012.

RODRIGUES, Livia dos Santos; LIMA, Rômulo Henrique da Silva; COSTA ,Luciana Cavalcante; BATISTA, Rosangela Fernandes Lucena. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 23, n. 2, p. 295-304, 2014.

SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos; ARMELINI, Pedro Antônio; MARINO, Wanda Tobias. **O RN**. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1995.

SILVA-FILHO, Omar Gabriel; FREITAS José Alberto de Souza. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: Trindade IE, Silva Filho, OG, organizadores. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. Bauru: Santos; 2007. p. 17-49.

SILVA, Heglayne Pereira Vital da *et al.* Risk factors and comorbidities in Brazilian patients with orofacial clefts. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, v.32, n.24, 2018.

VILAÇA, Cristina Rosane Jordão Braga; MARTINS, Rita de Cássia Gonzaga. Análise Descritiva dos Recém-Nascidos com Malformação Congênita no Estado de Pernambuco. **Veredas – Rev Eletrônica de Ciência**, v. 10, n. 1, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Birth defects surveillance: a manual for programme managers. Geneva: **World Health Organization**, 2014.

CUSTÓDIO Silvana Aparecida Masiero. **Os serviços de apoio à reabilitação aos usuários do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais: Diagnóstico das necessidades de capacitação de reabilitadores.** [Dissertação de mestrado]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais; 2007.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. **Linha guia rede de saúde bucal.** Curitiba: Secretaria Estadual da Saúde, 2016. 92p.

MARIANO, Natalia Cristina Reinaldo; SANO, Mariana Naomi; CURVELLO, Victor Prado *et al.* Impact of orofacial dysfunction on the quality of life of adult patients with cleft lip and palate. **The Cleft Palate-Craniofacial Journal** 2018; v. 55. n. 8. p. 1138-1144.

PAZINATO, Lucas Vatanabe; BONOW, Marília Porto; MORAES, Rui Felipe Pache *et al.* Quality of life among children and adolescents with cleft lip and palate: the caregiver's view. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac** 2011; v. 14. n. 4. p. 194-7.

ATENÇÃO A PACIENTES COM CÂNCER BUCAL: CONSTRUINDO A REDE DO NÍVEL LOCAL A ATENÇÃO HOSPITALAR

Ruann Oswaldo Carvalho da Silva | Sibeles Pereira de Oliveira
| Rafael Gomes Ditterich

O CONTEXTO DO CÂNCER DE BOCA

Anualmente são diagnosticados cerca de 6,4 milhões de casos de tumores malignos no mundo, sendo o câncer de boca responsável por 10% dos casos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Internacional de Pesquisa de Câncer reconhecem as neoplasias de cabeça e pescoço como uma das topografias mais comuns, com aproximadamente 400.000 novos casos por ano [BOYLE *et al.*, 2008].

Existem muitas causas que podem levar o paciente a postergar o tratamento do câncer de boca, mas poucos são os trabalhos que as especificam. Desta forma, o diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento para o câncer são essenciais para um bom prognóstico, já que o atraso no

diagnóstico torna o tratamento mais difícil ou mesmo impossível, como é observado no caso do câncer de boca [SCOTT *et al.*, 2006]. A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para orientar as novas práticas em saúde. No geral, as dimensões relativas aos contextos de vida dos usuários e suas histórias escapam aos serviços e aos profissionais de saúde, embora sejam elas que definem as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde [MÂNGIA *et al.*, 2008].

Vale destacar que durante muito tempo no Brasil, sobre o ponto de vista do câncer bucal, existiram dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal, a formação dos cirurgiões-dentistas era extremamente centrada em procedimentos odontológicos reabilitadores/cirúrgicos e a atuação da odontologia na rede de cuidado e a atenção oncológica eram bastante incipientes. Esses fatores influenciaram negativamente tanto a capacidade de diagnóstico precoce, aumentando a taxa de sofrimento e mortalidade dos pacientes, como a construção efetiva de fluxos e inserção da saúde bucal em redes de cuidado oncológico [BIAZEVIC *et al.*, 2006; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010].

No entanto, a partir de 1998, o Brasil vem estruturando sua política oncológica, estabelecendo requisitos para a garantia ao atendimento integral ao usuário, parâmetros para o planejamento da assistência e definindo centros hospitalares que disponham de todos os recursos – Centro de Atendimento em Alta Complexidade em Oncologia [CACON] e Unidade Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia [UNACON]. Os Centros de Especialidades Odontológicas [CEOs] são a principal estratégia de atenção secundária de média complexidade no Brasil para a detecção do câncer bucal oferecendo, entre suas especialidades, a área de Estomatologia para o diagnóstico precoce de lesões [SAMPAIO *et al.*, 2015].

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: BUSCA POR CUIDADO, ATENÇÃO E INFORMAÇÃO

A pessoa que adoece perpassa um itinerário de cuidado da saúde

em busca de orientações, explicações e tratamento para sua doença. A estrutura interna do sistema de saúde é descrita como um sistema cultural local, formado por três subsistemas inter-relacionados e interagindo através da passagem das pessoas por eles: subsistema profissional (profissões de cura organizadas, legalmente reconhecidas, com aprendizagem formal e registros sistemáticos extremamente desenvolvidos), subsistema popular (arena da cultura popular, do conhecimento leigo, não profissional, não especialista, no qual as doenças são primariamente identificadas e enfrentadas) e subsistema folclórico (especialistas em cura, não profissionais, não reconhecidos legalmente e com registros limitados de seu conhecimento) [VISENTIN *et al.*, 2010].

Os caminhos percorridos pelo paciente na busca por cuidado podem contribuir de forma significativa para a compreensão de suas necessidades de saúde e das formas de acessar as tecnologias necessárias para responder a elas.

Itinerários terapêuticos (IT) podem ser definidos como sequências de caminhos que os indivíduos buscam para solucionar seus problemas de saúde, constituindo-se como um importante indicador dos recursos sociais, culturais e materiais disponíveis [KLEINMAN, 1980]. A busca por serviços que atenuem o sofrimento do indivíduo e restabeleçam seu processo de saúde deve considerar também a situação social e cultural individual [GERHARDT, 2008; LAGO *et al.*, 2010].

Os itinerários terapêuticos têm a capacidade de revelar, pela experiência e percepção dos usuários, como os serviços estão organizados e a capacidade deles de responderem a suas demandas [PINHEIRO, 2008]. Eles possibilitam o conhecimento de redes de serviços de saúde e sua organização, fornecendo subsídios para se repensar o processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a construção de saberes e práticas em saúde [GERHARDT *et al.*, 2008].

Alguns trabalhos apontam que a identificação de itinerários terapêuticos numa perspectiva que vá além do reconhecimento de uma pluralidade de possibilidades e de ofertas de cura pode auxiliar na organização da rede de cuidados integrais [PINHEIRO, 2008; GERHARDT *et*

al., 2008; NEVES; NUNES, 2010].

Os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados não necessariamente coincidem com esquemas de fluxos predeterminados [CABRAL *et al.*, 2011]. Assim, dificuldades de acesso aos serviços de saúde podem produzir fluxos alternativos e novas configurações de redes.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA ORGANIZAÇÃO

Um dos princípios doutrinários do SUS é a integralidade, que norteia a definição de políticas e programas capazes de responder às demandas e às necessidades da população, no que diz respeito ao acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, sistêmica/biológica, cultural e social do ser cuidado. A integralidade é uma premissa da qual não se pode abrir mão, temos que incluir a saúde bucal como parte integrante e inseparável do cuidado em saúde [CARRER *et al.*, 2019].

Em termos de políticas públicas para o câncer da boca de âmbito nacional, identifica-se uma preocupação mais institucional por conta do trabalho quase isolado de profissionais ou de associações dos mesmos e menos uma atenção política de cunho governamental. Mesmo assim, para Torres [1992], essas propostas inovadoras quase sempre se debatiam no plano teórico, refletindo uma intenção no discurso proposto e frustradas em face da ausência das execuções real e prática.

Estudos sobre a rede de atenção à saúde demonstram preocupação sobre o modo e o momento em que as pessoas procuram ajuda para solucionar seus problemas de saúde. A intenção é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto [TRAVASSOS *et al.*, 2002; CABRAL, 2011]. O profissional da Estratégia da Saúde da Família [ESF], como atua em área adscrita do território, é peça-chave no itinerário

terapêutico do paciente. O conhecimento dos pacientes que possuem hábitos predisponentes, levando em conta que lesões precoces podem não apresentar sintomas evidentes, faz com que este profissional tenha grande importância no encaminhamento do paciente aos CEOs.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde [SUS], deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira. A situação de saúde dos brasileiros é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Na perspectiva epidemiológica, o país vivencia uma forma de transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos. Para a análise epidemiológica, vai se considerar o conceito de condições de saúde, agudas e crônicas, que difere da tipologia mais usual que são doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis [MENDES, 2010].

De acordo com estudos de Mendes [2009; 2010] as Redes de Atenção à Saúde [RAS] se constituem de três elementos:

- [a] a população, que deve ser colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, estabelecendo as necessidades segundo os riscos de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências;
- [b] a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que se comunicam de forma diferente, onde o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o modo intercambiador, no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde, e é constituído pela atenção primária à saúde;
- [c] e o modelo de atenção à saúde que são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das

intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, de acordo com o tempo e a sociedade.

O adequado planejamento e a avaliação do setor saúde terão de levar em conta a identificação dos polos de atração, a regionalização do atendimento, as distâncias percorridas pela população na busca pela assistência, e os volumes envolvidos nestes deslocamentos. A análise de redes é uma forma de investigar a questão das relações entre local de residência e local do serviço de saúde. A configuração das ligações revela a estrutura da rede [OLIVEIRA, 2011].

As RAS são serviços organizados hierarquicamente, vinculados entre si pela mesma proposta, de forma cooperativa e interdependentes, permitindo ofertar ações contínuas e integrais à população [MENDES, 2009]. As Redes em árvore se caracterizam pela limitação das conexões entre seus diversos ramos, ao passo que redes organizadas em malha – em que cada nó se liga a vários outros – permitem percorrer caminhos variados entre os pontos, de modo que os diversos ramos da rede estão interconectados [OLIVEIRA, 2011].

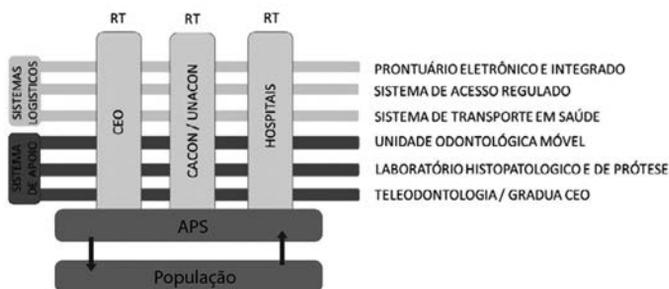
O modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento [físico, espiritual e psicossocial] e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida. As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades [BRASIL, 2009; INCA, 2013].

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; aos usuários – características

demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; aos prestadores de serviços – características demográficas; à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema [TRAVASSOS; MARTINS, 2004].

No campo da saúde bucal, a organização dos sistemas sob a lógica de RAS se mostra favorecida pelo desenho Política Nacional de Saúde Bucal [BRASIL, 2004] que fortalecia os princípios do cuidado, da equidade e da integralidade. Sobre o ponto de vista da RAS, o Brasil Sorridente [Figura 1] direcionou a ampliação no acesso da população à atenção à saúde bucal, em diversos eixos estratégicos e pontos de atenção: na vigilância em saúde bucal [sanitária, epidemiológica, ambiental], na ampliação de sistemas de fluoretação de água, na expansão da oferta de serviços da Atenção Primária à [Saúde APS], na criação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas [CEOs] e na implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária [LRPDs], na inovação referente à estruturação de Centros/ Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia [CACON/ UNACON] [CARRER *et al.*, 2019].

FIGURA 1 - Rede de Saúde Bucal – Brasil Sorridente



Fonte: CARRER *et al.* [2019]

CÂNCER DE BOCA E A ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: BÁSICA, ESPECIALIZADA, HOSPITALAR E DOMICILIAR

A estruturação da atenção oncológica no SUS é realizada por meio da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer [PNPCC] de 2013, que aprimorou a Política Nacional de Atenção Oncológica [PNAO] de 2005. Seu objetivo é:

[...] a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos [BRASIL, 2017a].

Na PNPCC são apresentados os aspectos normativos que definem as responsabilidades dos gestores das três esferas do SUS. Como responsabilidade comum, todos devem garantir os recursos alocativos necessários para organização da rede de atenção à saúde, como infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes [BRASIL, 2017a].

Além disso, compete à esfera federal cooperar com os demais gestores na organização dos serviços, garantindo o financiamento, elaborando protocolos clínicos, definindo diretrizes para a organização das linhas de cuidado e monitorando o cumprimento do prazo de sessenta dias após o diagnóstico para início do tratamento [BRASIL, 2017b; BRASIL, 2012]. Ao ente estadual compete definir estratégias de articulação com as direções municipais do SUS para a elaboração de planos e pactos regionais necessários para o controle do câncer. Além disso, cabe ao Estado contratualizar os serviços que estão sob sua gestão e garantir e monitorar o cumprimento do prazo de sessenta dias [BRASIL, 2017b]. Aos municípios compete pactuar regionalmente as ações e serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, além de contratualizar os serviços necessários quando não existir capacidade instalada no próprio município. Deve pactuar, também, a regulação e o fluxo de usuários, visando a garantia

da referência e da contrarreferência [BRASIL, 2017b].

Ao apresentar as diferentes responsabilidades dos gestores, buscou-se regular as relações entre os entes federativos, principalmente na formulação dos pactos para configuração das redes regionalizadas. Entretanto, apesar da normatização, a distribuição dos recursos alocativos e autoritativos é bastante desigual, pois depende das oportunidades, do posicionamento e das relações existentes entre os agentes e suas instituições [GIDDENS, 2003]. Isso faz com que os gestores e profissionais, a depender das relações de poder e do acesso aos recursos alocativos, podem ter maiores ou menores dificuldades em sua prática cotidiana do controle do câncer bucal [CUNHA, O'DWYER, 2018].

Atenção Básica

A atenção básica, como porta de entrada de todo o sistema de atenção em saúde, aparece como espaço privilegiado das ações de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção em saúde do paciente oncológico [TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012].

Observa-se que frequentemente os usuários com câncer são acolhidos como demanda espontânea, sendo que, em muitos casos, inicia-se na atenção primária um fenômeno de sucessivos atrasos, do diagnóstico à referência, que acabam por adiar as possibilidades de abordagem precoce e conseqüentemente limitam as chances de sobrevivência dos pacientes [CONWAY *et al.*, 2008; TORRES-PEREIRA, 2010; GOMEZ *et al.*, 2010].

Apesar dos avanços quantitativos, principalmente em relação à cobertura populacional e ampliação do acesso aos serviços odontológicos, observados recentemente na Estratégia Saúde da Família (ESF), com o aumento do número e incentivo financeiro para equipes de saúde bucal, ainda é possível identificar grande dificuldade na modificação do modelo assistencial, com a esperada reorientação e reorganização de atenção prometida pela ESF [PEDRAZZI *et al.*, 2008].

O sistema de saúde brasileiro, entretanto, não é o único a perceber tais limitações. Estudos que analisam o atraso diagnóstico do câncer bucal mostram limitações semelhantes às observadas no Brasil, mesmo em

nações com alto índice de desenvolvimento humano (IDH) e com sistemas de saúde pública historicamente mais consolidados e organizados que o modelo brasileiro [TORRES-PEREIRA, 2010; GOMEZ *et al.*, 2010; FRIEDRICH, 2010].

À Atenção Básica compete realizar ações de caráter individual e coletivo voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, assim como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica dos tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.

Cabe aos cirurgiões-dentistas da Atenção Básica a realização da atenção em saúde bucal [promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde] individual e coletiva [BRASIL, 2017a]. No âmbito da oncologia, a PNPCC estabelece para a Atenção Básica a função de realizar ações de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco para o câncer. Dentre esses fatores, destaca-se para o câncer bucal a diminuição da prevalência do uso do tabaco e do álcool [BONFANT *et al.*, 2014; BRASIL, 2017b].

Casotti *et al.* [2014] ao analisar os dados da organização da atenção à saúde bucal das equipes participantes do 1º Ciclo do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2012, identificaram que campanhas para detecção de lesões suspeitas de malignidade e encaminhamento dos casos são ações realizadas por 72,6% das equipes, destacando-se os percentuais das regiões Sudeste [79,9%] e Sul [74,6%]. Quando perguntados sobre a existência de fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca, 54,2% dos profissionais entrevistados responderam negativamente. O Sul e o Sudeste estão mais organizados [42,2% e 43,6%], enquanto a região Norte é a que apresenta menor condição de acesso ao paciente com suspeita de câncer de boca [69,0%]. Quanto ao registro e o acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca, 59,1% das equipes relatam executar tais ações. Os piores desempenhos estão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste [40,7, 51,0 e 52,2%, respectivamente] e os melhores nas regiões Sudeste [69%] e Sul [68,9%].

No entanto, Baldani *et al.* [2018], ao avaliarem os dados do 2º. Ciclo do PMAQ-AB de 2013-2014 do estado do Paraná, identificaram que 53,4% das Equipes de Saúde Bucal [ESB] não possuíam registro de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca.

Para enfrentar o câncer bucal, o Paraná, por meio da Linha Guia da Rede de Atenção à Saúde Bucal, estabeleceu algumas estratégias para a detecção precoce, bem como, fluxo de referência e contrarreferência para atenção oncológica em saúde bucal, dentre elas destacam-se [PARANÁ, 2016]:

- 1) O uso de uma estratégia de rastreamento do câncer bucal, propondo o uso do azul de toluidina a 1% associado ao ácido acético a 1% para colorir as lesões, seguido de exame visual;
- 2) A disponibilização em vários municípios do Estado, selecionados aleatoriamente dentre os que se qualificaram com a instalação de rede de banda larga, câmeras intraorais, para a complementação do diagnóstico de lesões utilizando a segunda opinião formativa com apoio das Universidades;
- 3) As biópsias das lesões suspeitas deverão ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde ou CEOs com os cirurgiões-dentistas aptos para tal procedimento. As peças coletadas deverão ser encaminhadas para os Laboratórios de referência juntamente com a requisição do exame anatomopatológico preenchida;
- 4) O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização, com suspeita de malignidade na boca ou de outros agravos estomatológicos [de etiologia diversa] deve ser acompanhado na Atenção Básica e continuamente ser sensibilizado pela equipe desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento.

Deste modo, apesar dos esforços do estado do Paraná, ainda se verifica a necessidade de educação permanente, bem como de interação dos cirurgiões-dentistas de toda a rede de atenção para atuação no

diagnóstico e na detecção precoce do câncer bucal.

Atenção Especializada

As Portarias nº 1.570/2004 e nº 1.571/2004 [BRASIL, 2004] e, posteriormente, a nº 599/2006 [BRASIL, 2006], todas do Ministério da Saúde, que instituíram e indicaram critérios para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), privilegiaram, dentre outras áreas, a Estomatologia, com ênfase na prevenção e diagnóstico do câncer de boca como ações prioritárias. A instalação de aproximadamente 900 CEOs até o final de 2010 coloca a possibilidade de que os municípios, consorciados ou não, possam oferecer informação diagnóstica e de referência na atenção secundária para o câncer bucal [BRASIL, 2006].

Alguns estudos começam a abordar o impacto dos CEOs no sistema público de saúde brasileiro [FIGUEIREDO *et al.*, 2009; CIMARDI *et al.*, 2009]. Os resultados, entretanto, ainda não puderam ser analisados sob o ponto de vista da Epidemiologia e do impacto nos indicadores de incidência e morbimortalidade do câncer de boca no país. Esses centros, como iniciativa de organização da atenção especializada em Odontologia, requerem avaliações que permitam colocá-los como estratégia eficaz de organização da atenção ao câncer de boca no Brasil [FIGUEIREDO *et al.*, 2009; CIMARDI *et al.*, 2009].

Por se tratar de um problema específico de saúde, o câncer exige uma política de saúde também específica. Assim, cabe salientar como os princípios do SUS estão se desdobrando na política de oncologia.

O Ministério da Saúde [MS], em 2005, estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica [PNAO], por meio da Portaria GM/MS nº 2.439 [BRASIL, 2005a]. Ela objetivou organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção básica e especializada de média e alta complexidade - envolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

À Atenção Especializada de Média Complexidade cabe realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados

paliativos, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

A escassez de serviços especializados a pacientes com câncer em várias regiões faz com que pacientes e familiares percorram inúmeros caminhos para conseguir acesso a diagnóstico e tratamento, já que a política nacional de atenção oncológica centra o cuidado nesses serviços. Diante da dificuldade de acesso à rede de alta complexidade, tornou-se urgente repensar os serviços de saúde quanto ao seu papel no cuidado a pacientes com câncer, à relação que estabelecem entre si e à possível configuração de uma rede de cuidados progressivos em oncologia [SANTIAGO; ANDRADE, 2008].

A Atenção Especializada Ambulatorial prevista na PNPCC é composta por serviços do segundo nível de atenção, capazes de realizar assistência diagnóstica e terapêutica, além de assegurar o encaminhamento dos usuários com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as unidades hospitalares [BRASIL, 2017a].

Na PNSB o CEO é o responsável em prestar esses serviços. Há financiamento federal específico para implantação e custeio do CEO, a depender da modalidade do serviço: CEO Tipo I [3 consultórios], CEO Tipo II [4 a 6 consultórios], CEO Tipo III [7 ou mais consultórios] [BRASIL, 2017a]. Os CEOs assumem papel estratégico no enfrentamento do câncer bucal no SUS, pois em todas as modalidades obrigatoriamente devem realizar o diagnóstico e detecção do câncer bucal [BRASIL, 2017b].

De forma geral, o CEO tem sido considerado um avanço, pois representa uma ruptura com a histórica limitação de oferta a cuidados especializados em saúde bucal [CUNHA; O'DWYER 2018]. Verifica-se que a PNSB estimulou a expansão de serviços especializados em odontologia [dentre eles o diagnóstico do câncer de boca] por todas as regiões do país. Entretanto, a expansão é limitada a poucos municípios [15% das cidades], o que resulta em dificuldade de acesso para uma parcela da população. Além

disso, o modelo de expansão aumentou a desigualdade de acesso, pois o direcionamento de recursos foi feito para cidades que já apresentavam os melhores indicadores sociais [CUNHA; O'DWYER, 2018]. Frente ao processo incipiente de regionalização do cuidado bucal, é importante investir de forma mais efetiva no CEO como um estabelecimento de âmbito regional [conforme já preconiza a legislação], para que os moradores de pequenos municípios também acessem esses serviços [CUNHA; O'DWYER, 2018].

Outra estratégia para expansão do diagnóstico do câncer de boca que tem sido discutida é o estímulo para que profissionais da atenção básica também possam realizar as biópsias. Porém, sabe-se que esses cirurgiões-dentistas, além de sobrecarregados com outras demandas, não se sentem habilitados para realizar esse procedimento, sendo necessário investimento em educação permanente e em materiais e instrumentais necessários [CUNHA; O'DWYER 2018].

Atenção Hospitalar

A Atenção Especializada Hospitalar em oncologia é composta pelas unidades habilitadas como Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia [CACON], Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia [UNACON] e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica. Esses serviços têm o objetivo de oferecer tratamentos especializados de alta complexidade para as pessoas com câncer, ofertar e orientar os cuidados paliativos na internação e na assistência ambulatorial e domiciliar [CUNHA; O'DWYER, 2018].

Já a Atenção Especializada de Alta Complexidade deve garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a ações que objetivem determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia [UNACONS] e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia [CACONS].

Novas diretrizes da política de saúde têm apontado para o fortalecimento do acesso e do trabalho em rede na atenção em oncologia.

Em relação ao acesso, a legislação mais recente – Lei nº 12.732, de 22/11/2012 e Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013 [BRASIL, 2012; 2013c], estabeleceu o prazo de 60 [sessenta] dias para o primeiro tratamento cirúrgico, ou quimioterápico, ou radioterápico do paciente com diagnóstico de neoplasia maligna no SUS, contados a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente.

CACONs e UNACONs

Os CACONs são estabelecimentos que realizam diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer (mas não obrigatoriamente para os cânceres raros e infantis). Todos CACONs devem oferecer cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar. Os UNACONs realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento apenas para os cânceres mais prevalentes, oferecendo minimamente os tratamentos cirúrgico e quimioterápico. Caso não ofereçam tratamento radioterápico, devem contratualizar formalmente esse serviço com outra unidade. Os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica procedem o tratamento cirúrgico do câncer e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos que necessitam de complementação terapêutica [CUNHA; O'DWYER, 2018].

Na Portaria MS/SAS nº 140 de 2014 são apresentados os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos habilitados na atenção especializada em oncologia. Esse aspecto é denominado por Giddens como regulador, pois define os limites de atuação que cada estrutura possui [CUNHA; O'DWYER, 2018; GIDDENS, 2003].

Segundo essa Portaria, o processo de habilitação deve obedecer a razão de um estabelecimento para cada 500.000 habitantes. É autorizada à região Norte a habilitação de um UNACON em regiões com menos de 500.000 habitantes e baixa densidade demográfica. Por sua vez, nas regiões Sul e Sudeste é admitida habilitação de CACON ou UNACON em áreas com menos de 500.000 habitantes, desde que haja estimativa de 900 casos novos anuais de câncer [CUNHA; O'DWYER 2018].

O tratamento do câncer bucal deve seguir as Diretrizes Diagnósticas

e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2015. Nesse documento são definidos os critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação de caráter nacional. Segundo essas diretrizes, os usuários devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados como CACON ou UNACON com radioterapia [CUNHA; O'DWYER, 2018].

De fato, todos os CACONs devem realizar tratamento para o câncer bucal. O tratamento nas UNACONs e nos Hospitais Gerais de Cirurgia Oncológica pode ser realizado, desde que haja programação para esse serviço definido pelas comissões intergestores do SUS. No período de seis meses após a publicação da portaria de habilitação, 219 estabelecimentos, dos 299 habilitados, lançaram no Sistema de Informação Hospitalar do SUS a realização de 1.891 cirurgias para tratamento do câncer bucal [CUNHA; O'DWYER, 2018].

As regras de implantação e funcionamento dos CACONs e UNACONs são importantes instrumentos normativos de estruturação dos serviços especializados em oncologia. Essas normas apresentam requisitos mínimos que buscam garantir a qualidade dos serviços prestados à população. Entretanto, apesar desse aspecto facilitador para padronização e qualidade, essas normas podem dificultar a implantação de serviços nas regiões onde os gestores têm a sua disposição menos recursos alocativos. Essa situação se agrava ao observar-se que não foi estabelecida uma política de financiamento específica, conforme ocorreu nos outros níveis de atenção [CUNHA; O'DWYER, 2018].

Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar, no âmbito da PNPCC, se refere aos cuidados paliativos dos usuários com câncer, que devem ser realizados de forma compartilhada com as equipes de atenção básica e articulados com as unidades especializadas. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar [EMAD] devem respeitar a cultura e os valores das famílias, dando ênfase no controle dos sintomas e na comunicação clara com os usuários e familiares [CUNHA; O'DWYER, 2018].

TECENDO REDES ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER

O itinerário terapêutico existe desde tempos remotos. Enfrentar as doenças faz parte do cotidiano, para tanto, o ser humano desenvolve diversas estratégias no processo saúde-doença. O cotidiano representa o cenário de base para o estudo dos itinerários terapêuticos, pois os tratamentos das doenças são construções individuais e sociais que se materializam nos pequenos jogos sociais, reconhecidos como trama social [LEITE; VASCONCELLOS, 2006].

Por meio dos pressupostos constitutivos dos subsistemas, diferentes indivíduos e grupos sociais constroem suas concepções de tratamento e cura, ingressam e fazem escolhas neles. A investigação sobre o itinerário terapêutico dos idosos possibilita aos profissionais da área conhecer como a pessoa doente percebe, vive e reage diante dos sinais, sintomas e da incapacidade provocada pela doença, em especial a doença oncológica [VISENTIN *et al.*, 2010].

Desta forma, para melhor compreender as escolhas de cuidado de cada indivíduo é necessário também compreender eles, como afirmam Scholze e Silva [2005], que as formas de cuidados são adotadas a partir da rede de relações do indivíduo com os familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas e dos próprios serviços de saúde.

Então, estar doente não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere a ela, o que inclui etiologia, curso e duração dos sintomas, diagnóstico e formas de tratamento. As escolhas terapêuticas que os indivíduos fazem são frutos de operações racionais, baseadas em uma lógica econômica e da avaliação custo-benefício [SCHOLZE; SILVA, 2005].

As relações interpessoais entre a pessoa doente, seus familiares e os profissionais de saúde possibilitam que novos cuidados possam fazer parte do cotidiano da vida familiar, modificando, assim, ao longo do tempo, os constituintes dos sistemas de cuidados à saúde, cujo comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, sendo os profissionais de saúde, responsáveis pelos contatos

subsequentes [TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ROSA *et al.*, 2011].

Não obstante, a escolha de gestores e trabalhadores de serviços de saúde, os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos predeterminados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso [ALVES *et al.*, 1999; CABRAL, 2011].

O uso efetivo dos serviços de saúde pode ser uma medida de avaliação do acesso, pois resulta de uma multiplicidade de fatores, tais como os individuais predisponentes, contextuais e os relativos à qualidade do cuidado, que influenciam o uso e a efetividade do cuidado [TRAVASSOS, 2004].

No estudo de Silva [2019], os usuários que fizeram parte da presente pesquisa tiveram o CEO, em sua maioria, pelo caminho e isso reflete a importância de uma Atenção Especializada de qualidade e eficaz. Importante também refletir que os cirurgiões-dentistas que estão nas UBS precisam de treinamento e atenção ao atender usuários que podem apresentar lesões cancerizáveis ou duvidosas, eis aqui a necessidade da educação permanente.

Entender o significado cultural do câncer não é fácil e é muitas vezes cruel. O relato desses usuários é muito denso e comparado às sequelas que esse tipo de tratamento deixa é algo delicado. O câncer de boca mutila e reaprender a viver com isso é algo muito desafiador.

Dessa forma, enfrentar um diagnóstico de câncer exige de cada pessoa a reavaliação do próprio itinerário terapêutico, novas inter-relações e a própria reflexão sobre a existência, o autoconhecimento e o autodesenvolvimento, e assim possibilitará a busca por cuidados, através de trajetórias, na tentativa de solucionar problemas da doença e movimentos para preservar ou recuperar a saúde. Trata-se de um conjunto de planos e ações que se sucedem, mesclam-se ou se sobrepõem para lidar com a enfermidade [ROSA *et al.*, 2011; PINHO; PEREIRA, 2012]. Importante salientar

a importância do tratamento multidisciplinar, no SUS, pois no câncer de boca o paciente terá que enfrentar limitações estéticas, fonoaudiológicas, fisiológicas e também psicossociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de boca continua sendo um problema relevante de Saúde Pública em que, apesar do avanço científico sobre a doença, tal conhecimento não consegue ser traduzido mundialmente e a despeito das diferenças entre os países, em ações que impactem positivamente os indicadores de incidência e morbimortalidade. Os movimentos recentes de organização da atenção à saúde especializada em Odontologia no Brasil parecem promissores no sentido de dotar o sistema público de uma racionalidade que permita a organização de rotinas eficientes de referência e contrarreferência em Estomatologia. Há que se considerar, entretanto, que iniciativas verticais são apenas indutoras da organização de uma rede de atenção. Com a municipalização do sistema de saúde, torna-se imperioso que a avaliação e o controle social voltem sua atenção para as unidades administrativas municipais e consorciadas no nível microrregional. São nessas esferas que, efetivamente, as ações poderão ser implantadas e avaliadas considerando as diferenças e características epidemiológicas, de infraestrutura, socioeconômicas e organizacionais. Há necessidade ainda de produção de evidências científicas que suportem ações que demonstrem verdadeiro impacto sobre os indicadores epidemiológicos do câncer de boca em detrimento de ações isoladas, voluntárias e desconexas de ação pública, principalmente no nível local.

É importante traçar os itinerários terapêuticos pelos quais os usuários perpassam em buscas de cuidado, informações, diagnóstico e tratamento em diversas situações e em diversos tipos de doenças, entretanto, esse tipo de mapeamento quando se trata de câncer, mais especificamente o de boca, é ainda mais útil.

Quando se tem um perfil de como é a busca do usuário com câncer de boca desde a descoberta da doença até o efetivo tratamento ajuda a

própria rede, o próprio sistema deve se [re]organizar e melhorar a forma como esse usuário terá acesso, uma vez que a velocidade e a facilidade de busca por cuidados é de extrema importância no câncer de boca. Deve-se considerar que em neoplasias em estágio precoce, os sintomas não são muito evidentes, cabendo ao profissional da atenção básica a identificação de lesões precoces e/ou sinais e sintomas que possam caracterizar uma investigação mais aprofundada. Câncer esse que além de matar, mutila, e as sequelas do tratamento são muito cruéis e quanto mais cedo for feito o diagnóstico e o início do tratamento, melhores serão as chances de vida e as chances de sequelas mais brandas.

Câncer é uma questão de saúde pública, e deve ser enfrentado e encarado como tal. É preciso formular, monitorar e avaliar políticas públicas dentro deste contexto visando a melhoria do serviço prestado, melhorando as chances de cura e melhorando a forma de devolver esse usuário à sociedade com o mínimo de seqüela possível. Dentre todos os tipos de cânceres, sem sombra de dúvidas, o de boca não é o mais letal, porém mata, exclui o indivíduo da sociedade, desfigura um ser humano, afeta a sua autoestima. É importante sim estudar os itinerários terapêuticos de usuários com câncer de boca em seus diversos contextos. A sociedade é a maior recompensada com esse tipo de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. [Org.]. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 125-138.

BALDANI, M. H. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, número especial 1, p. 145-162, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico,

Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União de 19 de dezembro de 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 741 de 19 de dezembro de 2005.** Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Diário Oficial da União de 21 de dezembro de 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 599 de 2006.** Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2008. **Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. **Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece o prazo para seu início. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 874, de 16 de maio de 2013.** Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União de 16 de maio de 2013.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017a; 03 out.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017b; 30 out.

BIAZEVIC, M. G. H. *et al.* Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, nº 10, p. 2105-2114. 2006.

BONFANT, G. M. S. *et al.* Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 983-997. 2014.

BOYLE, P.; LEVIN, B. **World Cancer Report.** Gêneve: World Health Organization; 2008.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários Terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-42. 2011.

CARRER, F. C. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo. In: CARRER, F.C.A.; PUCCA JR, G.A.; ARAÚJO, M.E. (Org.). **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir**. São Paulo-SP: Faculdade de Odontologia da USP, 2019, p. 23-31.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 140-157, 2014.

CIMARDI, A. C. B. S.; FERNANDES, A. P. S. Câncer da boca: a prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. **RFO UPF**, v. 14, n. 2, p. 99-104. 2009.

CONWAY, D. I. *et al.* Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. **Int J Cancer**, v. 122, p. 2811-2819. 2008.

CUNHA, A. R.; PRASS, T. S.; HUGO, F. N. Mortalidade por câncer bucal e de orofaringe no Brasil, de 2000 a 2013: Tendências por estratos sociodemográficos. **Ciência e Saúde Coletiva** [periódico na internet] [2018/Nov]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mortalidade-por-cancer-bucal-e-de-orofaringe-no-brasil-de-2000-a-2013-tendencias-por-estratos-sociodemograficos/17046> Acesso em: 14 fev 2019.

CUNHA, A. R. *et al.* Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões-dentistas na atenção básica à saúde. **J Bras Tele**, v. 2, n. 2, p. 66-74. 2013.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 59-67. 2009.

FRIEDRICH, R.E. Delay in diagnosis and referral patterns of 646 patients with oral and maxillofacial cancer: a report from a single institution in Hamburg, Germany. **Anticancer Res**, v. 30, p. 1833-6. 2010.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007, p. 279-300.

GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da atenção básica a alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos das práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

GOMEZ, I. *et al.* Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? **Oral Dis**, v. 16, p. 333-42. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Secretaria de Atenção à Saúde. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativas de incidência do câncer no Brasil 2010**. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/> Acesso em: 31 out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf> Acesso em: 31 out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2014: **Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ª. ed. atual. amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Linha de cuidado e integralidade da atenção**. INCA, 2013. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf Acesso em: 01 nov 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de prevenção e vigilância. **Estimativa 2014 - Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press. 1980.

LAGO, L. M. *et al.* Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1283-1291. 2010.

LEITE, I. C. G. *et al.* por Câncer de Boca e Faringe em Cidade de Médio Porte na Região Sudeste do Brasil, 1980-2005. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 1, p. 17-23. 2010.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176-182, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916. 2014.

NEVES, R.F.; NUNES, M.O. From legitimation to [re-]signification: the therapeutic itinerary of workers with RSIs/WMSDs. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 211-220. 2010.

OLIVEIRA, E. X. G. *et al.* Acesso à assistência oncológica: O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 317-326. 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR]. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha Guia da Rede de Saúde Bucal**. Curitiba: SESA-PR, 2016. 92 p.

PEDRAZZI, V.; DIAS, K. R. H. C.; MELLO, R. S. Oral health in Brazil - Part II: dental specialty centers [CEOs]. **Braz Oral Res**, v. 22, n. Spec Iss 1, p. 18-23. 2008.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. [orgs.]. **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 17-41.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 41, p. 435-47. 2012.

ROSA, L.M; BÚRIGO, T; RADUNZ, V. Itinerário terapêutico: alimentação e câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 463-7, 2011.

SAMPAIO, E. T. M. *et al.* Acesso ao tratamento do câncer bucal na região do colegiado de gestão regional de Campinas – SP: estudo de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 150-155, 2015.

SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G. Redes sociais, redes de saúde e integralidade do cuidado: experiência de trabalho e investigação na atenção a pacientes com câncer, In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. [Orgs]. **Ateliê do cuidado: trabalhos completos / VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS: CEPESC: ABRASCO, 2008. p. 243-253.

SANTOS, L. C. O.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Braz. J.Otorhinolaryngol**, v. 76, n. 4, p. 416-22, 2010.

SCOTT, S. E.; GRUNFELD, E. A.; MCGURK, M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. **Oral Oncol**, v. 41, p. 396-403. 2005.

SCOTT, S. E.; GRUNFELD, E. A.; MCGURK, M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 34, p. 337-43. 2006.

SCHOLZE, A. S.; SILVA, Y. F. Riscos potenciais à Saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enferm**, v.10, n. 2, p. 9-16. 2005.

SILVA, R. O. C. **Tecendo redes ás políticas públicas: itinerários terapêuticos de usuários com lesões bucais na 2ª. região de saúde do Paraná**. 96f. 2019. Dissertação

[Mestrado em Políticas Públicas] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.

TORRES, I. A. Câncer da boca no Brasil – perfil atual do odontólogo frente ao problema. **Saúde em Debate**; nº 37, p. 44-7. 1992.

TORRES-PEREIRA, C. C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.especial, p. 30-39, 2012.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 11, nº 5/6, p. 365-373, 2002.

VISENTIN, A; LENARDT, M. H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 4, p. 486-492, 2010.

HISTÓRIA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ

Laurindo Moacir Sassi | Maria Isabela Guebur

O ÍNICIO DE TUDO

Nada é por acaso e, mesmo que fosse, não se estaria comemorando os 30 anos de prevenção de câncer bucal no estado do Paraná. No início do ano de 1985 eu era acadêmico do 2º período do Curso de Odontologia da UFPR, e havia ingressado em uma instituição chamada União dos Gakusseis de Curitiba (UGC), a qual prestava assistência à saúde de pessoas carentes no interior do estado do Paraná. Esta entidade procurava reunir os acadêmicos e treiná-los na área de prevenção à saúde, e contava com a ajuda de professores das Universidades e com os próprios veteranos. Posteriormente, esses conhecimentos adquiridos eram postos em prática nas comunidades carentes no estado do Paraná, durante as férias de janeiro, fevereiro e julho. Mas eu, um aluno que ingressou mais tarde na universidade, depois de outras atividades, inclusive como bancário, tive certa facilidade na

busca de estágios que mais se adaptassem aos meus interesses ou à minha tendência profissional. No primeiro semestre já auxiliava os veteranos nas atividades de prevenção de cáries e higienização, realizadas nas Unidades de Saúde de Curitiba e Creches municipais. Isto aguçou a minha vontade de trabalhar nesta área, a qual mostrava uma carência muito grande. Não bastasse este acompanhamento junto aos meus veteranos, havia outro estágio durante o semestre executado pela UGC em uma escola determinada pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR, na qual, uma vez por mês, no sábado à tarde, fazíamos prevenção e higienização bucal em crianças. Ao concluir o semestre, participei da primeira ação de prevenção de saúde no interior do estado, em Assaí-PR. Este trabalho foi realizado nos meses de janeiro e fevereiro de 1985. Naqueles 15 dias, nós fazíamos parte de um grupo de jovens acadêmicos, entre eles alguns já formados, e éramos num total de 180 jovens, de várias áreas de saúde, entre eles engenheiros, educadores físicos e de outros cursos. Pernoitávamos em uma escola e atendíamos em outra. Eu continuei como assistente dos veteranos, mas com a curiosidade muito aguçada, e acredito que foi por já ter vivido muitas experiências em outras áreas. Ao final dos 15 dias muitos pacientes foram atendidos e orientados, e muitas lesões de boca foram encontradas e encaminhadas para a Secretaria Municipal de Saúde, nas quais foi dado o desfecho para os casos. Chamou-me a atenção o número de lesões bucais, além da precariedade na higiene bucal. Observávamos a alta incidência de hábitos nocivos à saúde causados por fumo e álcool. Não havia orientação para evitá-los, mas, ao contrário, havia muita propaganda para estimular o consumo de fumo e álcool, inclusive sendo permitido fumar dentro da sala de atendimento, o que me incomodava muito. Para tentar amenizar a situação, eu dizia aos pacientes que era alérgico ao cigarro e, dessa forma, não poderiam fumar no local, o que funcionou na sala onde eu auxiliava. Retornamos a Curitiba-PR, mas a baixa assistência na área na qual atuávamos deixou-me inquieto. No semestre seguinte, seguimos para outra cidade e tudo se repetiu, inclusive o número elevado de lesões de boca. Em algumas das cidades nas quais retornávamos, muitas vezes recebíamos os mesmos pacientes anteriormente diagnosticados com lesões, que não haviam conseguido receber o tratamento para o caso.

Lembro-me de algumas lesões hiperplásicas de origem traumática, tão simples de serem removidas, mas que esbarraram em dificuldades dos municípios em resolver tais situações.

No segundo semestre do mesmo ano ingressei como Estagiário no Hospital Erasto Gaertner (HEG), para buscar conhecimento na área da prevenção do câncer bucal, e tive como orientador o Professor Silvio Baras, o qual também era professor da UFPR, porém em períodos mais avançados. Isto despertou em mim um grande interesse pela área e, de repente, abriu-se uma porta para poder encaminhar os pacientes vindos das ações de saúde, para o HEG. Semestre a semestre seguíamos nosso trabalho de prevenção. No quarto período já assumi o setor de prevenção de lesões bucais na UGC por um ano e, no ano seguinte, fui chefe do Departamento de Odontologia da UGC. Foram oito ações de saúde no interior do estado como acadêmico, com duração de 15 dias cada. Eu ainda segui como profissional em mais 16 ações. No primeiro mês de formado fui incluído no corpo clínico do Hospital Erasto Gaertner e já desenvolvi o primeiro projeto de prevenção de câncer bucal, no ano de 1989, o qual foi realizado em Curitiba. Este projeto foi disseminado por mim nas unidades básicas de saúde, sempre associado a palestras de prevenção. Os anos foram passando e um grande número de lesões bucais com potencial para malignidade foi canalizado para o HEG, onde cheguei ao ponto de realizar muitas cirurgias de hiperplasia. Naquele momento estava sozinho para dar os desfechos dos casos. Em 1998 ingressaram mais dois profissionais, mas assim mesmo não conseguíamos dar conta do grande número de pacientes. Foi aí que surgiu uma saída, ou seja, realizar um pré-atendimento/triagem das lesões bucais na Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho. A partir daí, somente as lesões com potencial para malignidade seriam encaminhadas para o HEG. Em reunião com a Secretaria de Saúde [Dr. Sylvio Gevaerd], acertamos a realização de uma pré-triagem dos pacientes, e o nosso serviço comprometia-se a treinar quatro cirurgiões-dentistas, por três meses, além de ministrar palestras semestrais para os dentistas da Secretaria de Saúde das 104 unidades. Este foi o procedimento adotado. Houve uma grande redução do número de lesões sem potencial para malignidade com encaminhamento para nosso serviço. Este foi o primeiro centro de triagem de lesões de boca descrito no

Brasil que temos conhecimento. Acredito que este Centro de Diagnóstico de Lesões Bucais de Curitiba-PR tem servido de base para os Centros de Especialidades Odontológicas criadas no Brasil após alguns anos. Com resultados de 31 meses de atendimentos, foram realizadas 3.153 avaliações, e os casos suspeitos para malignidade foram encaminhados para o Hospital Erasto Gaertner, mas mesmo assim foram realizadas 1.202 biópsias e diagnosticadas 38 lesões cancerosas. Os profissionais que foram treinados em nosso serviço foram o Dr. Shozo Miyachi, Dr^a Maria Emilia, Dr. Roberto Sugita e o Dr. Fabio Zardo. A professora Maria Helena Tommasi ingressou na Unidade de Saúde e nos deu um grande apoio. Com a perda do Prof. Gevard, o Dr. Juliano coordenou a Unidade e deu sequência ao andamento do projeto. Com o passar dos anos surgiram os Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. Espero que nosso trabalho tenha servido de base para esses novos centros.

O nosso serviço não parou e seguimos com a prevenção. Hoje, após 30 anos de atuação em ações de saúde, palestras e formação de novos profissionais, sentimo-nos honrados por termos criado a primeira Residência em Cirurgia T. Buco-Maxilo-facial liberada pelo MEC, no Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba, estado do Paraná.

PREVENÇÃO DE SAÚDE BUCAL NO PERÍODO DE 1989 A 2018

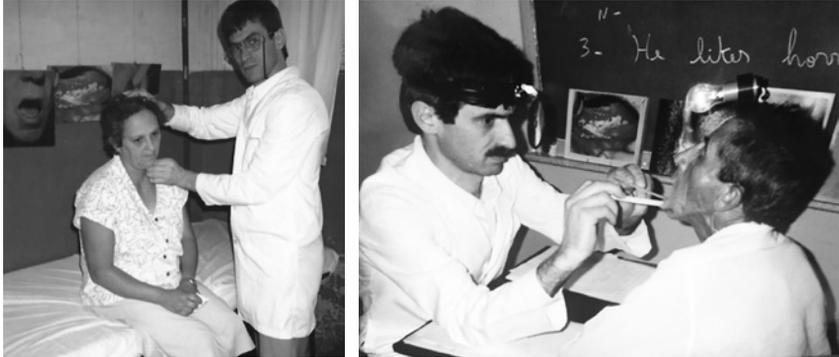
1ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1989)

O marco zero da prevenção de câncer bucal, com um projeto elaborado, aconteceu quando ingressei como profissional no Hospital Erasto Gaertner [HEG]. O Município de Iretama-PR foi o primeiro no qual atuei como profissional da área de Saúde e, também, orientando acadêmicos [Figura 01].

Foi realizado treinamento aos Profissionais de Saúde do Município por meio de palestras sobre “Prevenção e diagnóstico de câncer bucal” e a prática realizando exames clínicos nos pacientes. Ainda foram dados

esclarecimentos à população acerca de lesões cancerizáveis da boca e realizada coleta de dados pessoais dos indivíduos que se submeteram ao exame clínico, visando traçar o perfil dos participantes nesse tipo de trabalho.

FIGURA 1 - Exames clínicos em campanha de prevenção de câncer bucal em 1989.



Desde o início de 1986 até dezembro de 1988 fiquei como estagiário no HEG. Os primeiros projetos como profissional da saúde, despertados pela ausência de prevenção de câncer bucal durante as participações no Projeto Gakusseis, ainda como acadêmico de Odontologia no interior do estado do Paraná, somente me fortaleceram e estimularam a levantar a bandeira da prevenção.

Em Curitiba-PR realizávamos o projeto desenvolvido na Praça Rui Barbosa, com apoio do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e registrado no Centro de Ensino e Pesquisa [CEPEP] do Hospital Erasto Gaertner [HEG]. Permanecemos por três dias, com barracas montadas e uma cadeira odontológica, fazendo exames clínicos nos transeuntes que aceitavam ser examinados, mas a maioria passava e simplesmente ignorava o nosso convite. Porém, não desistimos e fomos quebrando as barreiras, chegando ao final dos três dias tendo examinado mais de 180 pacientes. Nossas barracas foram emprestadas pela Defesa Civil do Estado do Paraná.

Em 1989, foram realizadas campanhas de prevenção de câncer bucal nos municípios paranaenses de Iretama-PR, Porecatu-PR, Curitiba-PR

[Praça Rui Barbosa e Praça Osório]. Os veículos de comunicação que nos auxiliaram foram o Jornal da UGC 1989 “A voz da União” – Jornal da União dos Gakusseis de Curitiba (UGC), marco do início do trabalho de prevenção de doenças da boca para o Dr. Sassi e inauguração do Centro odontológico do HEG, Jornal Informheg – 1989 - Dr. Sassi – Realizando prevenção de doenças bucais, Jornal Informheg - Serviço de Odontologia, integrante da equipe multidisciplinar [Pediatria]. Jornal acima sob responsabilidade da Jornalista Regina Silva, chefe do Registo do Hospital Erasto Gaertner, Consultório no interior de uma das Escolas Municipais (Iretama), no interior do estado. Em busca de formação Dr. Sassi realiza uma temporada de estágio no Hospital de Lesões Lábio-Palatais – USP-Bauru-SP.

2ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1990)

As dificuldades econômicas e sociais serviram de estímulo para dar andamento ao nosso projeto. A cada ano sentíamos mais necessidade de realizar o trabalho de prevenção, após tomar conhecimento dos resultados analisados estatisticamente por Dinarte Orlandi juntamente com o Serviço de Registro do HEG chefiado pela Jornalista Regina A. Silva.

Em 1990 foram realizadas campanhas de prevenção de câncer bucal nos municípios paranaenses de Pato Branco-PR, Castro-PR e Curitiba-PR. Para tanto, recebemos apoio de veículos de comunicação como o Jornal do Estado - Prevenção de câncer bucal na Praça Osório em Curitiba – ação da União dos Gakusseis de Curitiba, Coordenador do Projeto de câncer bucal, Dr. Sassi, Jornal Diário Popular – Prevenção de câncer bucal em Pato Branco – Paraná, com o Dr. Sassi e a União dos Gakusseis de Curitiba e Jornal Indústria & Comércio - Prevenção de câncer bucal em Pato Branco-PR.

3ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1991)

Os municípios do estado do Paraná começaram a aderir à prevenção de câncer bucal e passaram a nos convidar para tal procedimento. Junto com o Projeto Gakusseis, nos deslocávamos para o trabalho, onde ficávamos um período de 15 dias acampados em escolas. As salas de aula foram usadas para realizar os exames clínicos e a nossa alimentação era feita carinhosamente pelas Funcionárias das escolas.

Nesse mesmo ano elegeram-se a Unidade de Saúde do Bairro Capanema para lançar uma ação de prevenção de câncer bucal. Para tanto, contamos com a divulgação realizada pelo Jornal do Estado, 13 de junho de 1991- Lançamento do Projeto-piloto de Prevenção de câncer bucal na unidade de saúde Capanema em Curitiba – Dr. Sassi, Dr. Gyl Ramos, Dra. Carmencita Ramos. Foram atendidos pacientes frequentadores da Unidade de Saúde, duas vezes por semana, durante 3 meses. Usamos como divulgação uma faixa com os dizeres: “O câncer tem Cura”, folhetos no bairro, Igreja e Agentes Comunitárias. Durante este trabalho examinamos apenas 127 pacientes, uma baixa adesão. A partir daí passamos a não usar a palavra câncer e sim, aproveitar outros eventos para fazer a atuação na área de prevenção.

Nesse ano foram realizados projetos nos Municípios de Andirá-PR, de 21/01 a 03/02, onde o Dr. Sassi e o Projeto Gakusseis de Curitiba estiveram fazendo trabalho de prevenção. Ainda no município de Wenceslau Braz, de 13 a 28 de julho de 1991, o Dr. Sassi participou da 49ª Caravana com a UGC no trabalho de Prevenção de Câncer Bucal e em Curitiba-PR, na Praça Osório, de 10 a 12 de outubro de 1991. Ao chegar na Rodoviária de Curitiba fui surpreendido por 4 elementos e nossa bagagem foi roubada juntamente com frascos contendo material obtido de biópsias de tumores de boca, inclusive carteira com documentos. Foi realizado o registro na delegacia de polícia de Curitiba-PR.

Em Curitiba recebemos a cooperação do jornal Gazeta do Povo, que assim divulgou: – Prevenção de câncer em Curitiba, na Boca Maldita, coordenada pelo Dr. Sassi; União dos Gakusseis de Curitiba e Jornal do Estado, 13 de junho 1991. Lançamento do Projeto-piloto de Prevenção de câncer bucal na unidade de saúde Capanema em Curitiba – Dr. Sassi, Dr. Gyl Ramos, Dra. Carmencita Ramos, por 3 meses.

4ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1992)

As campanhas de prevenção de câncer bucal continuaram sendo realizadas no interior do estado do Paraná com apoio do Projeto Gakusseis de Curitiba. Em 1992 foram realizadas campanhas de prevenção de câncer de boca nos Municípios de Formosa do Oeste-PR [03 a 11/01], Município de Altônia-PR [julho de 1992] e, na Praça Osório –Curitiba-PR - em novembro de 1992.

5ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1993)

A prevenção de câncer bucal começava a conquistar pequenos espaços após as apresentações dos relatórios dos projetos em congressos. Nesse ano foi ministrada uma conferência em Brasília, sobre prevenção de câncer bucal no estado do Paraná.

As campanhas foram realizadas nos Municípios de Assaí-PR [18/07 a 01/08/93], e Curitiba-PR [Praça Osório], na qual foi realizado o projeto de prevenção de câncer bucal no período de 18/07 a 01/08/93.

6ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1994)

A busca por conhecimento não parou e, dessa vez com o ingresso no mestrado no Complexo Hospitalar Heliópolis-SP- Secretaria de Saúde de São Paulo, sob a orientação do Prof. Dr. Abrão Rapoport. Essa tarefa não foi motivo para diminuir os trabalhos de prevenção no interior do Paraná, para onde se seguiu com as campanhas de prevenção.

Os projetos de prevenção de câncer bucal foram executados nos municípios de Telêmaco Borba-PR, de 23/01 a 05/02. Em Pitanga-PR de 09 a 17/07/94 e, em Curitiba-PR, na Boca Maldita [Praça Osório], nos dias 15, 16 e 17/09/94.

7ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1995)

Nesse ano as campanhas de prevenção de câncer bucal foram realizadas no estado do Paraná, nos Municípios de São José dos Pinhais, de 02 a 07/10/95 e em 29/10/95. Ainda foram realizadas campanhas em Reserva, de 14 a 29/01/95; Curitiba-PR [Unidade Saúde Cajuru em 24/03/95]; Município de Turvo-PR de 15 a 22/07/95; Curitiba-PR [Praça Osório], de 14 a 16/09/95 e Araucária-PR, em 25/10/95.

A veiculação das campanhas foi feita pelo Informheg - Dia nacional de combate ao câncer, Praça Osório em Curitiba-PR [27 e 28/11]. Foi realizado o lançamento da Campanha Latino-americana contra o Câncer, a qual veio somar com a Campanha de Câncer Bucal coordenada pelo Dr. Sassi. Também o jornal Tribuna de São José dos Pinhais - Paraná - divulgação da campanha de prevenção de câncer bucal com organização da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais; Associação Brasileira de Odontologia

Secção de São José dos Pinhais e Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Erasto Gaertner, Jornal Gazeta do Povo - Prevenção de câncer bucal coordenada pelo Dr. Sassi e Jornal Cidade - Campanha de prevenção de câncer na Praça Osório - Curitiba.

A montagem de barracas para a Campanha de Prevenção de câncer bucal cedidas pela Casa Civil, 1995, Equipe de manutenção do HEG foi feita pela Defesa Civil.

8ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1996)

O projeto de ação social foi incluído no calendário anual do Hospital Erasto Gaertner. O trabalho de prevenção vinha ganhando mais espaço a cada dia, e os resultados de nossa pesquisa foram apresentados no II Congresso Brasileiro de Câncer Bucal.

Os projetos relativos às campanhas foram executados nos seguintes municípios: Curitiba-PR [Praça Osório] [UGC], em 17 e 18/11/96; Turvo-PR de 14 a 24/01/96; Borda do Campo em São José dos Pinhais-PR, em 29/06/96; Curitiba-PR [Praça Osório] em 27 e 28/11/96 e na Unidade de Saúde São Domingos - Curitiba-PR, em 29/11/96. As campanhas e o curso de atualização que o Dr. Sassi fez foram divulgados pelo Jornal Informheg - Liga Paranaense de Combate ao Câncer [LPCC] -1996 e "Prevenção de câncer bucal na Praça Osório de Curitiba Coordenada pelo Dr. Sassi - 25 a 29 de novembro de 1996".

O III Congresso Brasileiro de Câncer Bucal foi realizado nas dependências do Hospital Erasto Gaertner em Curitiba, de 24 a 26 de outubro de 1996, com apoio da Associação Brasileira de Odontologia [ABO], Associação Paranaense de Cancerologia do Paraná e da União dos Gakusseis de Curitiba.

9ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1997)

As Campanhas de Prevenção de Câncer Bucal não cessaram e alcançaram as Unidades de Saúde de Curitiba-PR e da região metropolitana, que receberam a equipe do HEG para os trabalhos de prevenção. Citamos uma em especial, a Unidade de Saúde no Bairro São Domingos-Curitiba-PR, onde foi o Lançamento do projeto-piloto de prevenção de câncer bucal em

1991, por um período de 3 meses.

As campanhas foram realizadas nos seguintes municípios do estado do Paraná: Unidade Saúde Tarumã em 25/06/1997; Dois Vizinhos-PR de 26 a 06/02/1997; Ibaiti-PR de 06/07 a 17/07/1997; Praça Osório-Curitiba-PR, em 26 e 27/11/1997 e Unidade de Saúde São Domingos, Curitiba, em 18/02/1997.

A veiculação do Dia Nacional de Combate ao Câncer – Coordenação do Dr. Sassi – Praça Osório, dias 26 e 27 novembro de 1997, em Curitiba-PR, foi feita pelo Jornal Gazeta do Povo. A revista do Conselho Regional de Odontologia do Paraná [CRO-PR], nº 3; ano 10, publicou a edição da matéria referente ao prêmio recebido na Inglaterra [Diagnóstico Precoce de Lesões cancerizáveis de boca no estado do Paraná].

10ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1998)

Iniciou-se o 10º ano de prevenção de câncer bucal no estado do Paraná e o 1º ano pós-prêmio na Inglaterra, o que fez com que houvesse maior interesse na área de prevenção de câncer bucal, devido à divulgação do trabalho de pesquisa do Dr. Sassi pela mídia. Nesse ano foi criado o projeto de estágio no Serviço de Cirurgia Buco-maxilo-Facial do HEG, aberto para acadêmicos e profissionais. Esse foi o primeiro passo para a futura Residência. A demanda estava crescendo e para atendê-la ingressaram dois profissionais em nosso Serviço, sendo ex-estagiários: Dr. Ricardo Simette e Dr. José Luís Dissenha.

FIGURA 2: Novo equipamento (luz frontal) para auxiliar no exame clínico e os pequenos posters com fotografias de lesões bucais para facilitar a compreensão dos pacientes.



As campanhas de Prevenção de câncer bucal foram realizadas nos seguintes municípios (Figura 02): Laranjeiras do Sul-PR de 12 a 24/01/1998 e Curitiba-PR (Praça Osório), sob a coordenação do Dr. Sassi. A divulgação foi feita pelo Jornal Informhég da LPCC – Campanha de Prevenção de Câncer Bucal na Praça Osório de Curitiba – Paraná, coordenada pelo Dr. Sassi, pelo Jornal Estado do Paraná – “Campanha previne o câncer bucal”, 1998.

11ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (1999)

Este foi o ano da criação de um centro de triagem na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR pelo Dr. Sassi e Dr. Sylvio Gevaerd. O Centro de Diagnóstico de Lesões Bucais [CDLB] foi criado em conjunto com o Hospital Erasto Gaertner [HEG] e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, devido ao grande número de lesões bucais não cancerizáveis que estavam sendo encaminhadas ao HEG, objetivando fazer uma triagem das mesmas antes de sobrecarregar o hospital.

A proposta foi realizar um treinamento a cada 6 meses para todos os Cirurgiões-Dentistas da rede pública de Curitiba-PR, esclarecendo dúvidas a respeito de lesões cancerizáveis de boca e seus possíveis fatores de risco. A princípio, cinco Cirurgiões-Dentistas receberam treinamento intensivo, durante três meses, no Hospital Erasto Gaertner e sob a orientação do Dr. Sassi. A Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho ficou, a partir daí, sob a responsabilidade do Dr. Miyachi Shozo, Dr. Fabio Zardo e uma equipe treinada pelo nosso serviço para o trabalho de triagem. Também nesse ano foi publicado o registro hospitalar (HEG) no período de 1990 a 1999, que mostrou o estadiamento clínico com o qual chegavam os pacientes com câncer de boca, na sua maioria em estadiamento avançado - Tumores *in situ* 0,1%; T1 14,2%; T2 14,3%; T3 15,8%; T4 37,5%; não estadiáveis 9,3% e ignorados 8,8%. Os resultados nos estimularam a aumentar ainda mais a prevenção. As campanhas foram realizadas nos municípios de Palmital-PR, de 03 a 10/01 e, em Curitiba-PR (Praça Ruy Barbosa), em outubro de 1999. Os trabalhos de prevenção foram noticiados pela revista do CRO-PR “Dr. Sassi - Dentista destaque”, e Jornal A Voz da União - jornal oficial da URC - 1999 - destacando a participação do Dr. Sassi nos 50 anos da UGC, com grande atuação na área da prevenção, e os Cirurgiões-dentistas homenageados pelo CROPR, entre eles o Dr. Laurindo Moacir Sassi. Em uma reunião do

CEPEP – [Hospital Erasto Gaertner], foi criado o Centro de Diagnóstico na Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho – Iniciativa do Dr. Laurindo Moacir Sassi e Dr. Sylvio Gevaerd.

12ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2000)

A falta de informações sobre a prevenção causa aumento do número de casos de câncer bucal. São inúmeras as reportagens com o objetivo de chamar a atenção da população sobre esta doença. A mídia tem papel fundamental por levar a informação sobre a prevenção do câncer bucal aos seus ouvintes e leitores. Nesse ano, além das campanhas, foi criado o “Protocolo da Odontologia: saúde bucal em ambiente hospitalar” e implantada a prevenção de doenças bucais em pacientes internados, com orientações de higiene bucal e a padronização de três bochechos diários com o Gluconato de Clorexidina 0,12% na rotina do internamento hospitalar. O Dr. Sassi mostrou, por meio de palestra aos profissionais do corpo clínico do HEG, que isto seria possível e que os pacientes seriam beneficiados com a diminuição de infecções bucais e até mesmo das pulmonares. Foi enviada uma correspondência protocolada a cada chefe de serviço relatando os benefícios propostos e sobre a padronização da medicação.

Foram realizadas campanhas de prevenção de câncer bucal nos municípios de São José dos Pinhais-PR, 17/05/2000, HEG (Dr. Sassi), Secretaria de Saúde e ABO de SJP; Capitão Leônidas Marques-PR de 15 a 27/01/2000; São José dos Pinhais-PR- Participação: Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais, HEG, ABO Seccção S. José dos Pinhais, Local: Praça 8 de Janeiro de São José dos Pinhais, em 13/12/2000, sob a Coordenação do Dr. Sassi e na Praça Osório - Curitiba-PR, novembro de 2000. Equipe: Laurindo M. Sassi; Ricardo Simette; José Luís Dissenha; Maria Isabela Guebur; Fernando L. Zanferrari; Juliana L. Schussel; Roberta T. Stramandinoli; Ricardo B. Nickel; Lucia Ávila. As campanhas foram divulgadas pelos jornais “Tribuna de São José dos Pinhais” e “O Estado do Paraná”.

13ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2001)

Em 2001 foi realizado o trabalho de prevenção, porém, buscamos disseminar a ideia da prevenção através da organização de um congresso:

o 1º Congresso Sul Brasileiro de Câncer Bucal em Curitiba-PR, que foi um grande sucesso. Foi realizado no Palácio de Hyogo - Câmara de Comércio Brasil - Japão, localizada na Rua Comendador Franco, 871 - Jd. Botânico - Curitiba- PR, nos dias 18 e 19 de outubro de 2001.

As campanhas de prevenção foram realizadas em Curitiba-PR (Praça Osório) em novembro/2001 e no Município de São José dos Pinhais-PR. A divulgação do Congresso foi feita através de *folders* e do jornal Informheg.

14ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2002)

Várias campanhas de prevenção de câncer bucal foram realizadas nesse ano para chamar a atenção da população quanto à necessidade de cuidados com as lesões bucais, principalmente o câncer. O CRO-PR na figura do seu Presidente, Wagner Carrera, aceitou e apoiou meu projeto de prevenção de câncer com o objetivo de se estender para todo o estado do Paraná (Figura 03). Vários profissionais aderiram à tal ideia, principalmente o Dr. Ricardo Radaelli e o Dr. Francisco Alérico. A proposta foi treinar profissionais líderes nas regionais e, em uma semana, realizar campanha em todo o estado do Paraná, associado a uma divulgação na TV. O projeto foi colocado em prática e o sucesso foi alcançado, pois foram atendidos em uma semana mais de 7 mil pacientes. As lesões encontradas foram encaminhadas para o Hospital Erasto Gaertner e outras Instituições especializadas.

As campanhas desse ano foram feitas no município de Carlópolis-PR de 03 a 13/01/2002, e na cidade de Curitiba (Praça Osório), dias 19 e 20/04/2002; 22/06/2002 e 27/11/2002. Nesse ano as campanhas foram veiculadas pelos jornais: Repórter Carlópolis - Prevenção de câncer bucal - Dr. Sassi juntamente com a União dos Gakusseis de Curitiba, O Estado do Paraná - Prevenção de câncer bucal na Praça Osório, Curitiba em 22/06/02 - Coordenado pelo Dr. Sassi, Informheg - Campanha de prevenção de câncer bucal. Praça Osório, Curitiba - Paraná, Jornal Gazeta do Povo, 19 de abril - Lançamento da campanha de Prevenção de câncer bucal no estado do Paraná (Praça Osório - Curitiba- Paraná em 19 e 20/04/2002) - Iniciativa do Dr. Laurindo Moacir Sassi do Hospital Erasto Gaertner em parceria com o Conselho Regional de Odontologia do Paraná, Tribuna do Paraná - 20

de abril de 2002 divulga a prevenção de câncer bucal na Boca Maldita – Curitiba – Paraná e Jornal Correio Paranaense – Prevenção de câncer bucal na Praça Osório – Curitiba – Dr. Sassi - 20 abril de 2002.

FIGURA 3 - Treinamento no auditório do HEG de todos os representantes regionais do estado do Paraná na prevenção de câncer bucal no Hospital Rasto Gaertner onde posteriormente foram realizadas as campanhas em todo o estado na mesma semana com apoio do CRO-PR, ABO-PR e o Serviço de Cirurgia Buco-maxilo-facial do HEG. Contamos com a presença de vários professores como: Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski (A C CAMARGO – USP), Prof. Dr. Onivaldo Cervantes (UNIFESP); professores de universidades de Curitiba, Presidente do CRO-PR, ABO-PR e Delegados Regionais do Conselho; Secretaria de Saúde Estadual e Municipal.



O Projeto está vinculado a vários parceiros como a Defesa Civil do Estado do Paraná que nos emprestou as barracas, pequenas, mas a nossa vontade de realizar o trabalho era muito grande. Também utilizamos pôsteres com fotos de tumores de boca, para facilitar a compreensão dos pacientes. Contamos com o apoio das secretarias de saúde Estadual e Municipal, Universidades, ABO-PR, CRO-PR, da União dos Gakusseis de Curitiba e da nossa Instituição, a Liga Paranaense de Combate ao Câncer.

15ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2003)

Os projetos de Prevenção de câncer bucal desse ano foram realizados na cidade de Curitiba-PR em 28/11/2003, na Praça Santos Andrade, pelo

Serviço de CBMF do HEG, e no município de São José dos Pinhais - Praça 8 de Janeiro [em frente à Igreja Matriz], em 17/12/2003.

As campanhas foram divulgadas pelo Informheg 2003 - Jornal da Liga Paranaense de Combate ao Câncer- jan/ fev e pelo Jornal Tribuna de São José dos Pinhais, edição de 17 de dezembro de 2003. Nesse mesmo ano aconteceu a I Jornada de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do HEG em 09 e 10 de abril, realizado no Hospital Erasto Gaertner-Curitiba-PR e presidida pelo Dr. Sassi.

16ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2004)

Entrou ano, saiu ano, e já estamos na 16ª Campanha de prevenção de câncer bucal observando como é lento o processo de adesão à prevenção por parte da população. Entretanto, sinais de mudanças começam a surgir nos registros hospitalares do Hospital Erasto Gaertner. Para nós os registros funcionam como um termômetro do nosso trabalho de prevenção e servem como um grande estímulo.

A campanha de prevenção de câncer bucal em 2004 foi realizada em Curitiba-PR, na Praça Osório, em 27 de novembro.

17ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2005)

Entramos na 17ª Campanha de Prevenção de Câncer Bucal estimulados pelos resultados de publicação do Registro do Hospital Erasto Gaertner onde os estádios clínicos T1 e T2 chegavam a 28% dos casos e, hoje, chegamos a 47%. A equipe ficou muito entusiasmada com os resultados. Isto prova que a chave do sucesso nesta área é a prevenção, e diante disso seguimos com os trabalhos de prevenção.

Nesse ano a campanha aconteceu em Curitiba, na Praça Osório em 25 de novembro de 2005 e recebeu apoio das universidades: Universidade Federal do Paraná [UFPR]; Pontifícia Universidade Católica do Paraná [PUCPR], Universidade Positivo [UP], Universidade Tuiuti do Paraná [UTP]; ABOPR; CRO-PR, da União dos Gakusseis de Curitiba, Gnatus, Polícia Militar do Paraná e Companhia Paranaense de Energia [COPEL].

Como evento científico, tivemos a II Jornada de Cirurgia Buco-Maxilo-

Facial do Hospital Erasto Gaertner em 06 de abril de 2005 em Curitiba-PR.

Nossa campanha de prevenção de câncer bucal atingiu o objetivo proposto, deixando expectativas para novas campanhas. Observou-se uma grande aceitação por parte do público, fato comprovado através dos nossos relatórios. Sugerimos que esta campanha entre no calendário anual da Prefeitura Municipal de Curitiba com apoio e participação da Liga Paranaense de Combate ao Câncer. A Liga Paranaense de Combate ao Câncer está pronta para manter esta parceria em busca do diagnóstico precoce do câncer de boca.

18ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2006)

Temos observado a cada ano um aumento nas adesões dos pacientes a este chamado. Acredito que seja pelo desfecho que damos quando encontramos lesões bucais. Todos os pacientes são encaminhados para o Hospital Erasto Gaertner, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), para receber a terapêutica indicada. Além das campanhas há uma frequência na atualização dos profissionais na área de prevenção através de cursos e, desta vez foi na data de 05/04/2005 no Auditório I do HEG.

Na campanha da Praça Osório de Curitiba-PR, contamos com o apoio do Professor Monir Tacla, Coordenador da Odontologia de PUCPR, além de professores e alunos desta instituição. Também contamos com a colaboração de alunos e professores das UFPR, UTP, UP, do CRO-PR e, da ABO-PR.

As campanhas de Prevenção de Câncer Bucal aconteceram no município de São José dos Pinhais-PR, na Praça 8 de Janeiro [em frente à Igreja Matriz], em 20/09/06. Em Curitiba-PR a campanha foi na Praça Osório em 25 de novembro de 2006.

19ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2007)

Nesse ano realizou-se um novo projeto de prevenção de câncer bucal no estado do Paraná, coordenado pelo Dr. Sassi, do Hospital Erasto Gaertner e apoiado pelo Conselho Regional de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia - Paraná, além de vários municípios que participaram da campanha. Foram realizadas campanhas de prevenção de câncer bucal na

Praça Osório – Curitiba-PR, em 23 de novembro de 2007, e no município de Paranaguá-PR, em 24 e 25 de outubro do mesmo ano.

Além das campanhas, houve a criação de um Centro de Treinamento de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal para os profissionais de Odontologia da Saúde Coletiva do Estado do Paraná e aconteceu o III Congresso Sul Brasileiro de Câncer Bucal e III Jornada de Cirurgia e T. Buco-Maxilo-Facial no Hospital Erasto Gaertner, que se realizou nos dias 19 e 20 de abril de 2007.

Ainda em 2007 foi lançado o “Projeto Ação Comunitária”, com a criação de Centro de Treinamento, Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer Bucal para os profissionais de Odontologia, no Hospital Erasto Gaertner, sob a coordenação do Dr. Laurindo Moacir Sassi.

20ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2008)

Além das comemorações da 20ª Campanha, tivemos novos parceiros na prevenção de câncer bucal que foram o “Projeto Justiça no Bairro-Tribunal de Justiça do Paraná”, sob o comando da Desembargadora Dra. Joeci Camargo, do Serviço Social do Comércio [SESC-PR e ODONTO/SESC], Darci Piana - Presidente da Federação do Comércio do Paraná – SESC/SENAI, tendo como coordenadora do Programa a Dra. Renata Peres, gerenciamento da Dra. Elizangela Domingues e comando do Dr. Paulo Cruz – Diretor Regional do SESC.

Houve um reconhecimento do nosso trabalho dos 20 anos de Campanhas de Prevenção de Câncer Bucal no Estado do Paraná, pela Assembleia Legislativa do Paraná, com a homenagem ao Dr. Laurindo Moacir Sassi, que recebeu “Moção Honrosa”, em dezembro de 2008, extensível a toda a equipe do Hospital Erasto Gaertner.

Na campanha da Praça Osório contamos com a participação de professores e alunos da PUCPR, Universidade Tuiuti do Paraná [UTP] e Universidade Positivo [UP]. Além disso, nos ajudaram o CRO-PR e a ABO-PR. O evento foi uma realização do Hospital Erasto Gaertner e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR.

As campanhas de Prevenção de câncer bucal ocorreram em Curitiba-PR [Bosque do Papa – abril/2008], S. J. Pinhais-PR [Praça 8 de Janeiro, em

frente à Igreja Matriz - maio 2008], Agudos do Sul, Curitiba [Praça Rui Barbosa - 18 e 19 de julho de 2008, Praça Osório - Curitiba-PR, 27 novembro 2008, SESC Portão - Curitiba-PR; 15 de junho, Primeiro Projeto de Prevenção de Câncer Bucal executado no dia 15 de junho de 2008, no Bairro Portão-Curitiba em conjunto com Justiça no Bairro/SEC-Portão-Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial-HEG].

A coordenação dos eventos foi sempre do Dr. Sassi. Além disso, foi criado o Programa de Residência Multiprofissional em Cancerologia - Área de Concentração Profissional em Odontologia - Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - HEG. O Programa de Residência Multiprofissional em Cancerologia - Área de Concentração Profissional em Odontologia - Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial apresentou os seus professores: Dr. Laurindo Moacir Sassi, Dr. José Luís Dissenha, Dr. Fernando Luiz Zanferrari, Dra. Maria Isabela Guebur, Dra. Juliana Lucena Schussel e Dra. Roberta T. Stramandinoli-Zanicotti.

Nesse ano o Dr. Sassi participou do 8o Congresso Brasileiro de Câncer Bucal, da abertura da Ação Comunitária no Estado do Paraná, em 18 de fevereiro de 2008, no Hospital Erasto Gaertner. O Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do HEG, Conselho Regional de Odontologia do Paraná e Associação Brasileira de Odontologia do Paraná lançaram esta ação comunitária sob a coordenação do Dr. Sassi com o *slogan*: “Todo o Paraná contra o Câncer”.

Outras divulgações foram: Capa da revista do CRO Paraná - 2008, sobre o lançamento da Ação comunitária no Estado do Paraná; Câncer revista CRO 2008, Auditório I do Hospital Erasto Gaertner no Lançamento da Ação comunitária de Prevenção de Câncer Bucal no Paraná; Aprovação da Residência em Cirurgia e T. Buco-Maxilo-Facial do Hospital Erasto Gaertner; Jornal Gazeta do Povo - Lançamento da Ação comunitária de Prevenção de Câncer no Estado do Paraná, em fevereiro de 2008; Programa Alô Doutor - Orientação sobre a Prevenção de Câncer Bucal - no programa da Rádio do Hospital Erasto Gaertner.

Nesse ano foi lançado o “selo comemorativo dos 20 anos de campanhas de prevenção de câncer bucal no estado do Paraná”. Projeto 093 - Prevenção de câncer bucal, 20 anos [1989-2008] pelo Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial: Apoio: Serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço

do Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR.

21ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2009)

Com os meios que os municípios nos ofereciam para fazer o treinamento dos profissionais, realizamos palestras sobre a Prevenção e o Diagnóstico do câncer bucal. Em seguida, todos os profissionais presentes eram convidados a realizar a prática junto à população com a realização dos exames preventivos. Durante as campanhas eram dados esclarecimentos à população acerca de lesões cancerizáveis da boca, realizados exames clínicos da cavidade bucal e coleta de dados pessoais dos indivíduos que se submetiam ao exame clínico, visando traçar o perfil das pessoas que participavam das campanhas e objetivando formar um banco de dados que pudesse fornecer uma boa base para nos auxiliar nas futuras ações de saúde e, a partir daí, já seguindo o perfil da população.

A cada ano temos conquistado novos parceiros e, desde 2008, com a participação do SESC-PR - Federação do Comércio do Paraná – SESC/SENAC, através de seu Presidente, o Sr. Darci Piana e o Projeto de Justiça no Bairro, coordenado pela Desembargadora Joeci Camargo, temos recebido um grande apoio.

Nesse ano, foram realizados atendimentos preventivos em três municípios no estado do Paraná: Quitandinha, Agudos do Sul e duas campanhas em Curitiba (HEG/CTBMF – Bairro Portão e a outra, CBMF-HEG/SESC-PR, na Praça Rui Barbosa-Centro), ano em que comemoramos o início da Residência de Cirurgia e T. Buco-Maxilo-Facial do Hospital Erasto Gaertner por meio do Ministério da Educação e Ministério de Saúde.

22ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2010)

Nesta campanha, contamos com o apoio de Professores da PUC-PR como o Dr. Gambus, a Professora Chefe da Disciplina de Estomatologia Soraya Azambúja Berti Souza e outros professores, que juntamente com seus alunos, muito nos ajudaram. Além deles, pudemos contar com o apoio do Professor Monir Tacla, Coordenador do curso de Odontologia da PUCPR e alunos de outras entidades (UFPR, UTP e UP).

Em 2010 as campanhas foram realizadas em muitos municípios do estado do Paraná e, em todas elas, nós pudemos contar com a valiosa

colaboração do SESC-PR, e em algumas campanhas com o Projeto “Justiça no Bairro” [Tribunal de Justiça do Paraná]. Os municípios beneficiados com uma campanha foram: Guaraqueçaba [Ilha de Superagui], Piên, Tijucas do Sul, Colombo, São João do Triunfo, Porto Amazonas, Doutor Ulysses, Palmas, Antônio Olinto, Sarandi, Cerro Azul, Goioerê, São José dos Pinhais, Paranaguá e Irati. A cidade de Curitiba recebeu três campanhas, sendo estas realizadas nos bairros Portão, Centro [Praça Osório], e Pinheirinho.

23ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2011)

Durante o ano de 2011, com o apoio do SESC-PR e do Projeto Justiça no Bairro, chegamos a municípios longínquos com maior frequência. No entanto, permaneceu alto o número de lesões bucais encontradas e encaminhadas para o Serviço Especializado, tal como o Hospital Erasto Gaertner em Curitiba-PR.

Durante a campanha de prevenção de câncer bucal da Praça Rui Barbosa de Curitiba, contamos com Professores da PUCPR como o Dr. Gambus e Profa. Soraya Azambúja Berti Souza, juntamente com seus alunos que muito nos ajudaram. Sempre contamos com o Apoio do Professor Monir Tacla, Coordenador do Curso de Odontologia da PUCPR e de alunos da UTP, UP e UFPR.

Os municípios beneficiados com uma campanha foram: São Mateus do Sul, Roncador, Pinhais, Guarapuava, Pontal do Paraná, Campo Mourão, Ubiratã, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu, Cândido de Abreu, Campina da Lagoa, Adrianópolis, Jaguariaíva, Prudentópolis, Araruna, Paranavaí, Peabiru, Guaramiranga, Colombo, Almirante Tamandaré, Arapoti e Barracão. A cidade de Curitiba recebeu três campanhas, sendo estas realizadas nos bairros Boqueirão, CIC e Centro [Praça Rui Barbosa].

O Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial em parceria com os Serviços de Cirurgia Cabeça e Pescoço e de Cirurgia Plástica do Hospital Erasto Gaertner, desde 1995, não somente tem se preocupado com a remoção do tumor, mas também com a qualidade de vida do paciente. Diante disso, iniciaram-se as reconstruções dos ossos da face com retalhos microvascularizados.

Em 25 de novembro de 2011 foi realizada a campanha de prevenção de câncer bucal na Praça Rui Barbosa - Curitiba - PR, pelo Serviço de

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Erasto Gaertner.

24ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2012)

Em 2012 houve ampliação das campanhas no interior do estado do Paraná. Foram realizados 20 projetos com o apoio do SESC - PR. Além disso, aumentou o número de participantes em nosso programa de treinamento dos profissionais da área de saúde. Desta forma, ministramos uma palestra para os profissionais de saúde dos municípios que visitamos, assim disseminando a ideia de prevenção de câncer bucal.

Contamos com o apoio do Professor Monir Tacla, Coordenador de Odontologia da PUCPR, de Professores da UFPR e da UTP e UP, além do CRO-PR e da ABO-PR.

Durante o ano de 2012 foram realizadas Campanhas de prevenção de câncer bucal com a colaboração do CBMF-HEG, projeto Justiça no Bairro e SESC-PR. Estas foram realizadas nos seguintes municípios do estado do Paraná: Paranaguá, Ponta Grossa, Cornélio Procópio, Umuarama, Jaguaíva, Toledo, Tibagi, Piraí do Sul, Matinhos, Cianorte, Imbituva, Pinhais, Bandeirantes, Barbosa Ferraz, Goioerê, sendo que cada um deles recebeu uma campanha. Na cidade de Curitiba foram realizadas três campanhas no ano de 2012, sendo uma no Bairro Portão, uma no Boqueirão e outra no Centro [Praça Rui Barbosa]. Nesta praça, contamos com uma barraca que possuía duas divisões, com duas cadeiras simples, para avaliações clínicas dos pacientes, e dois pôsteres para auxiliar na orientação aos pacientes. Todos os pacientes examinados que apresentassem qualquer lesão bucal foram encaminhados ao Serviço Especializado - HEG - Curitiba. O CRO-PR foi um parceiro neste projeto patrocinando o empréstimo da barraca. A Prefeitura de Curitiba patrocinou o empréstimo de 10 mesas e 40 cadeiras. Além disso, foi realizada uma Campanha especificamente para a CRENVI - Casa de Recuperação Nova Vida.

Entre os eventos científicos realizados nesse ano tivemos a Formatura da primeira turma da Residência de Cirurgia e T. Buco-Maxilo-Facial do Hospital Erasto Gaertner de Curitiba - Paraná e a Primeira Turma de formandos da COREMU do Hospital Erasto Gaertner de Curitiba - PR. Ainda realizamos a V Jornada de Cirurgia e T. Buco-Maxilo-Facial - Serviço de CBMF do HEG/ Justiça no Bairro/SESC, em Curitiba, nos dias 08 e 09 de

novembro de 2012. A divulgação aconteceu através da emissora RPC TV.

25ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2013)

Com o passar dos anos, o projeto de prevenção ganhou credibilidade e os “clientes” foram aderindo ao chamado. Acredito que o sucesso obtido ao longo desses 25 anos de campanhas é devido ao desfecho dado no atendimento e/ou tratamento dos pacientes portadores de lesões bucais.

Durante o ano de 2013 foram realizadas Campanhas de prevenção de câncer bucal nos seguintes municípios do estado do Paraná: Pinhais, Mangueirinha, Jaguariaíva, Cornélio Procópio, Matelândia, Ipiranga, Londrina, Maringá, Rio Azul, Itapejara do Oeste, Cruzeiro do Oeste, Mandirituba, Santa Mariana, Laranjeiras do Sul e Bom Jesus, nos quais foi realizada uma campanha anual. Na cidade de Curitiba foram feitas três campanhas de prevenção em 2013. Para a realização das campanhas contamos com a participação do SESC-PR.

Foram iniciados os procedimentos de higiene bucal no controle das infecções em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva, associados à Atuação Multiprofissional.

Nesse mesmo ano, o Dr. Laurindo Moacir Sassi lançou o Livro: “25 anos de prevenção de câncer bucal no Paraná” [Figura 04].



FIGURA 4 - Lançamento do livro “25 anos de prevenção de câncer bucal no Paraná” pelo autor Dr. Laurindo Moacir Sassi.

26ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2014)

Nesse ano, pensamos em ações de prevenção de câncer bucal, também direcionadas às Escolas de Ensino Fundamental para que estas possam introduzir no currículo noções de qualidade de vida, mostrando a importância de cultivar hábitos saudáveis, tais como evitar o tabaco, excesso de álcool e outras drogas.

Em 2014 foram realizadas 21 campanhas de prevenção de câncer bucal, sendo cinco realizadas em Curitiba-PR (Vara de família, Pinheirinho, Cajuru, Bairro Novo e Praça Osório). No interior do Paraná e na região metropolitana de Curitiba foram realizadas 16 campanhas nos seguintes municípios: Jaguariaíva, Pinhais, Mangueirinha, Cornélio Procopio, Matelândia, Ipiranga, Maringá, Londrina, Rio Azul, Cruzeiro do Oeste, Itapejara do Oeste, Mandirituba, Santa Mariana, Laranjeiras do Sul, Bom Jesus do Sul e Paranaguá, e paralelas às campanhas também eram realizadas palestras aos profissionais de saúde e professores do município visitado.

27ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2015)

No ano de 2015 foram realizadas 18 campanhas de prevenção de câncer bucal, sendo uma em Curitiba (Praça Osório). No interior do Paraná e na região metropolitana de Curitiba foram realizadas nos seguintes municípios: Pinhais, Altamira, Paranaguá, Reserva, Castro, Guaraniaçu, Carambeí, Lidianópolis, Cascavel, Colombo, Laranjal, Diamante do Sul, São João do Ivaí, Jaguariaíva, Fazenda Rio Grande (duas campanhas) e Manoel Ribas. Em todas as campanhas tivemos participação do Serviço de CBMF do HEG e em outras, do SESC-PR e/ou Justiça no Bairro.

28ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2016)

Após 28 anos de campanhas de prevenção de câncer bucal no estado do Paraná, ocorreu a VII edição do Congresso Sul Brasileiro de Câncer Bucal e VI Jornada de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial (Unibrasil – Curitiba-PR). Foram discutidas inovações tecnológicas aplicadas na prática clínica, programas de prevenção e promoção de saúde bucal, enfim, ações voltadas para a melhoria da saúde bucal de nosso país.

Nesse ano foram executados 13 projetos de Campanhas de prevenção de câncer bucal no estado do Paraná: Em Curitiba, Pinhais, Sengés, Carlópolis, Castro, Jundiáí do Sul, Campina Grande do Sul, Figueira, Mandirituba, Paranaguá, São José dos Pinhais, Contenda e Quatingá. Em todas as campanhas tivemos participação do Serviço de CBMF do HEG e em outras, do Sesc e/ou Justiça no Bairro.

29ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2017)

Em 2017 foram executados 12 projetos de Campanhas de prevenção de câncer bucal: três em Curitiba e nove em Pinhais-PR, Bom Sucesso-PR, Kaloré, Barracão, Faxinal, Flor da Serra, Cruzmaltina, Grandes Rios e Irati. Em todas as campanhas tivemos participação do Serviço de CBMF do HEG e em outras, do SESC-PR e/ou Justiça no Bairro.

30ª CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL (2018)

Juntamente com as comemorações dos 30 anos de campanhas de prevenção de câncer bucal no estado do Paraná, o Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do HEG, com o apoio do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HEG, realizou a VIII edição do Congresso Sul Brasileiro de Câncer Bucal e VII Jornada de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial (Unibrasil - Curitiba) [Figura 05].

No mesmo ano, o Vereador Dr. José Carlos Chicarelli concede o Título “Cidadão Honorário de Curitiba” ao autor deste projeto pela Câmara Municipal de Curitiba [Figura 06].

Nesse ano foram executados 13 projetos de Campanhas de prevenção de câncer bucal no estado do Paraná e dois referentes à prevenção da Osteonecrose induzida por medicamentos no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba. Foi realizada uma campanha em Curitiba (Figuras 07 e 08) e dez em: Pinhais, Eneias Marques, Curiúva, Boa Esperança do Iguaçu, Nova Prata, Ortigueira, Bom Sucesso do Sul, Araucária, Irati e Paranaguá. Em todas as campanhas realizadas pelo Serviço de CBMF do HEG tivemos participação do Sesc e/ou Justiça no Bairro ou somente nosso Serviço. Para coroarmos nosso trabalho foi criado um selo em homenagem às três décadas de prevenção de câncer bucal no estado do Paraná [Figura. 09].

FIGURA 5 - VIII Congresso Sul Brasileiro de Câncer Bucal e VII Jornada de Cirurgia e T. Buco-maxilo-facial do HEG e Primeiro Encontro dos Ex-residentes do HEG.



FIGURA 6 - Homenagem pelos 30 anos de trabalho na área de prevenção de vâncer bucal do Dr. Laurindo Moacir Sassi, que recebeu o título: “Cidadão Honorário de Curitiba”.



FIGURA 7- 30ª Campanha de Prevenção de Câncer Bucal em Curitiba-PR pelo Serviço de Cirurgia Buco-maxilo-facial do HEG.



FIGURA 8 - Atendimento às Campanhas em praça pública em Curitiba-PR.



FIGURA 09 - Delo de comemoração dos trinta anos de prevenção de câncer bucal pelo serviço de cirurgia buco-maxilo-facial do HEG.



RESULTADOS

Campanhas foram realizadas para a avaliação bucal e conscientização da população sobre os riscos relacionados ao câncer bucal e os fatores principais de desencadeamento como o fumo e álcool. Tínhamos como objetivo examinar a boca de indivíduos da população, procurando lesões, conscientizar sobre os riscos do câncer bucal e relatar resultado encontrado. O nosso método proposto foi examinar os pacientes acima de 30 anos de idade que transitavam no local da execução do projeto e que aceitassem submeter-se ao procedimento. Foi montada tenda em praça pública com divisórias onde possuíamos cadeira para execução do exame clínico. Havia um questionário [Figura 10] que continha itens sobre escolaridade, renda familiar, frequência ao dentista, hábitos, condições e vícios, sexo, idade, etnia para podermos traçar o perfil dos pacientes e programar futuras ações de saúde. Ao exame clínico observou-se prótese total, higiene bucal e presença de lesões bucais. Ao final, todos os pacientes receberam orientação sobre prevenção do câncer bucal.

Durante as três décadas foram realizados 29.951 exames clínicos de boca em 186/398 Municípios do Paraná, havendo vários com repetição de ações, com 6.196 [20,6%] lesões de boca, sendo que 3,9% tinham características para malignidade. Observamos que a maioria das lesões foi encontrada nas faixas etárias entre 41 e 70 anos de idade. Sugerimos fazer novas ações de saúde direcionando para pacientes nesta faixa.

FIGURA 10 – Ficha-questionário sobre prevenção de câncer bucal do Serviço de Cirurgia Buco-maxilo-facial – HEG.

FICHA-QUESTIONÁRIO SOBRE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL - HEG



Prevenção e Diagnóstico de
CÂNCER BUCAL
TODO PARANÁ NA LUTA CONTRA O CÂNCER

(MARCAR APENAS UMA ALTERNATIVA COM x NOS PARENTESES, EXCETO AS QUESTÕES 24 e 25 ATÉ DUAS RESPOSTAS, QUANDO NÃO RESPONDEU DEIXAR EM BRANCO.- FAVOR FAZER RESPOSTAS BEM DESTACADAS, DE PREFERÊNCIA COM CANETA AZUL)

01- Cidade: _____ 02- Data: ____/____/____

03- Nome: _____ 04- Telefone: (____) _____

05- Endereço: _____

06- Sexo: Masc. Fem.

07- Idade: <11 anos 11 a 20 21 a 30 31 a 40 41 a 50
 51 a 60 61 a 70 71 a 80 81 a 90 >91 anos

08- Cor: Branco Preto Amarelo Pardo Outros

09- Profissão: Agricultor Comércio Construção civil Área de limpeza
 Técnico Sem profissão Outros Trabalhou com indústria de AMIANTO (Material cancerígeno)

10- História de Câncer na Família: O próprio Pai Mãe Irmão
 Irmã Tio Tia Avô Paterno Avó Paterno
 Avô Materno Avó Materna Filho Filha Outros
 Sem história na família

11- Nível Escolar: Analfabeto 1º Grau 2º Grau 3º Grau Outros

12- Nível Soc/Econ: Sem Renda <2 Sal/mês 2 a 5 5 a 10 > 10 Sal.

13- Etilismo: Não bebe 1 aperitivo diário 1 garrafa por dia 1 garrafa por semana
 2 garrafas por semana ou mais Parou de beber há menos de 5 anos
 Parou de beber há + de 5 anos

14- Tabagismo: Obs.: 1 cigarro de palha = 4 de papel industrializado (Franco, L.E.; et al; Int. J. Câncer: 43; 1989)
 Não fuma 5 de papel 10 de papel 15 de papel 20 de papel
 Parou de fumar há menos de 5 anos Parou de fumar há + de 5 anos

15- Chimarrão: Não toma 1 vez ao dia 2 vezes ao dia 3 ou + vezes/dia

16- Dentista: Não vai Só com dor 1 vez ao ano 2 vezes ao ano Extraiu todos

17- Já ouviu falar sobre prevenção de câncer bucal? Já fez? Não Fez Fez Não sabia

18- Procurou o exame de boca: Rádio Ocasional Folheto Cartazes Outros

19- Confiabilidade das respostas: Boa Regular Não confiável [Opinião do entrevistador, não fazer a pergunta ao entrevistado]

20- Higiene bucal: Boa Regular Ruim

21- Prótese: Sem Prótese, porém sem dente
Prótese Parcial Removível (PPR) metálica → Superior Inferior Ambas
Prótese Parcial Removível (PPR) acrílica → Superior Inferior Ambas
Prótese Total → Superior Inferior Ambas

22- Lesão: Sim Não

23- Tipo da lesão: Inflamatória → Candidose Penfigo Lúpus
 Traumática → Fibroma Hiperplasia fibrosa _____
 Leucoplasia → Leuc. Plana Leuc. Vermosa Leuc. Proliferativa
 Papiloma → _____ Lesões c/características de malignidade
 Queilite Actínica Hiperqueratose Líquen Plano

24- Local da Boca: () Assoalho da boca Língua Gengiva Mucosa jugal
 Palato duro Palato mole Lábio sup. Lábio inf. Comissura Dir. Comissura Esq. Retromolar
 Pilar ant.amígd. Orofaringe Outros

25- Local da pele: Frontal Nariz Geniano Membro sup. Membro inf.

26- Lesão Suspeita Encaminhada: Centro Especialidades Odontológicas ou Universidade/HEG Monitorar na Unidade Básica Outros Serviços

27- Encaminhado para Serviço Especializado: Sim Não

28- Realizado Biópsia: Sim Não

Fonte: SASSI, L.M. 25 anos de prevenção de câncer bucal no Paraná: Hospital Erasto Gaertner (1989 a 2013). Curitiba: Appris, 2013.

SÍNTESE

Nos últimos anos, vivenciamos inovações tecnológicas em diversas áreas – e na saúde não foi diferente. Com esta constante modernização, houve o aumento da longevidade e também muitas descobertas de soluções que possibilitaram mais chances de cura e qualidade de vida aos pacientes. Um grande exemplo disso é o trabalho desempenhado pelo Hospital Erasto Gaertner, uma instituição que atende quase 90% de seus pacientes pelo SUS e que implantou o primeiro Sistema Cirúrgico Robótico do Paraná e Santa Catarina, em 2016.

Através de tantas novidades, enxergamos novas perspectivas para o tratamento do câncer no Brasil. Visualizamos uma evolução na forma de se pensar na prevenção da doença. A união inicial das ações de Saúde Bucal com a visão entre o passado e o presente pode por nós ser ilustrada como “um passo de mágica”. Há cerca de 30 anos - mais especificamente em 1989 - plantávamos os primeiros projetos de prevenção ao câncer bucal no Paraná, com tímida aceitação desta prática [pouco se falava e tampouco se acreditava em sua importância].

Em 1999, devido ao alto número de lesões sem potencial para malignidade, encaminhadas ao Hospital Erasto Gaertner, criou-se o primeiro centro de triagem de lesões de boca na Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho, em Curitiba, sob orientação científica do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do HEG, em parceria com o Prof. Dr. Sylvio Gevaerd, da Secretaria Municipal de Saúde. Quatro profissionais foram deslocados para treinamento por um período de três meses conosco. Todo este trabalho resultou em uma publicação científica de grande impacto: em 31 meses de atendimento, foram realizadas 3.153 avaliações, com 1.202 biópsias e 38 lesões cancerosas, sendo que as lesões compatíveis com malignidade eram encaminhadas ao HEG sem biópsias. [MIYACHI; SASSI *et al.*, 2002].

Em 2000, foram instituídos procedimentos de higiene bucal no controle das infecções e mucosites [TULIO; SASSI *et al.*, 2018] em pacientes oncológicos internados principalmente na Unidade de Terapia Intensiva, associado à atuação multiprofissional, e foi padronizada a utilização da Gluconato de Clorexidina a 0,12% em forma de colutório. Foi incluído também o uso do laser He-Ne [Hélio – neônio] que reduz a mucosite e a dor bucal.

Nossos projetos foram criando corpo e, em 2001, criamos o primeiro Congresso Sul Brasileiro de Câncer Bucal. Oportunidade na qual demonstramos o resultado de nosso trabalho com dados que justificam a prevenção como principal caminho no controle do câncer bucal. Publicamos [TOMASICH; SASSI *et al.*, 2002] um artigo que reúne informações de 10 anos de controle de registro de câncer bucal no HEG entre 1990 e 1999, no qual prevalecia o estadiamento clínico avançado. Alguns anos depois, em um novo artigo [PEDRUZZI *et al.*, 2006] foi verificado um aumento significativo nos casos de lesões menos avançadas.

A prevenção divulgada por tantos anos fez a diferença na vida destes pacientes. Por isso, nossas ações de saúde não cessaram e continuamos visitando inúmeros municípios no estado do Paraná, dando sequência aos projetos de prevenção ao câncer bucal e firmando novas parcerias em prol desta causa. Onde não conseguimos ir, o programa “Alô Doutor”, da Rádio do Hospital Erasto Gaertner, chegou abordando o tema prevenção de câncer bucal. O Dr. Laurindo Moacir Sassi a cada semestre, durante uma semana, realizou orientações referentes à prevenção. O programa abrange todo o estado do Paraná, em 32 emissoras.

Preocupado com o desfecho da prevenção Sassi, por meio de publicação de livros procurou deixar sua experiência na área da pesquisa com o lançamento do livro: “Manual Prático para Desenvolvimento de Projetos de Pesquisa e Teses”, que foi editado pela Editora Santos em 2011. Em 2013, novo livro foi lançado com o título: “25 Anos de Prevenção de Câncer Bucal no Paraná” pela Editora Appris.

Criamos a primeira residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Ministério de Educação e Saúde com o objetivo de formarmos novos discípulos na área de prevenção de lesões bucais com potencial para malignidade e cirurgia, que a cada dia evolui em nosso serviço principalmente nas reconstruções com retalho microvascularizado de fíbula com várias técnicas publicadas. Hoje podemos contar com impressoras 3D que facilitam no planejamento e diminuem o tempo de exposição do paciente na intervenção cirúrgica.

Depois de três décadas de trabalho, celebramos a realização da 8ª edição do Congresso Sul Brasileiro, a 7ª Jornada de Cirurgia e Traumatologia

Buco-Maxilo-Facial e o primeiro encontro de ex-residentes do HEG, em 03 e 04 de outubro de 2018, sob nossa Coordenação.

Os Projetos de Ação Social foram realizados no período de 1989 a 2018 pelo Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, com o apoio do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Erasto Gaertner de Curitiba, União dos Gakusseis de Curitiba, e a partir de 2008 com apoio do SESC-PR, Tribunal de Justiça por meio do Projeto de Justiça no Bairro, proporcionaram a realização dos exames clínicos em pacientes que aceitavam ser submetidos à prevenção de câncer bucal. Além do exame clínico, houve também o Treinamento para os Profissionais de Saúde do Município através da Palestra: “Prevenção e Diagnóstico de câncer bucal” e da Prática realizando Exame clínico nos pacientes. Houve ainda esclarecimento para a população acerca das lesões cancerizáveis da boca. Os 30 anos se passaram e ainda há necessidade de muitas realizações na área de prevenção de câncer de boca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de tumores avançados tem deixado sequelas, sendo um processo oneroso, de grande morbidade e sofrimento. O diagnóstico precoce das lesões bucais, em especial aquelas com potencial de malignização e as neoplasias em estados iniciais, reduz a necessidade de tratamentos radicais, além de agilizar o tratamento dos pacientes.

Após a trajetória de três décadas de trabalho na área de prevenção de câncer bucal no estado do Paraná, acreditamos que este é o melhor caminho, porém devemos acrescentar “Qualidade de Vida”. Nosso grande desafio é direcionar as Escolas de Ensino Fundamental para que possam introduzir no currículo a qualidade de vida com hábitos saudáveis [evitar o fumo e o excesso de álcool]. Entretanto, o projeto deverá ser aplicado desde a Pré-Escola. Mostrar que o fumo leva o homem à impotência sexual, doenças pulmonares e causa o envelhecimento precoce da pele, tanto da mulher como do homem, além do câncer bucal e outros. Não esquecendo que o álcool usado como droga também é um causador do câncer.

Podemos considerar a prevenção como a soma exitosa da educação, disciplina, conhecimento e sucesso. Valeu a pena ter lançado este projeto há três décadas. Mas como compartilhar os conhecimentos dos 30 anos de prevenção de câncer bucal? Escrever este capítulo foi a forma de materializar a experiência e contribuir com os projetos futuros. Compartilhando a experiência dos 30 anos na prevenção do câncer bucal no estado do Paraná lanço algumas questões: Quando iremos nos posicionar? A quem atribuir a culpa? Aos Governos Federal, Estadual ou Municipal? A cada um de nós?

REFERÊNCIAS

MIYACHI, S. *et al.* Centro de Diagnóstico de Lesões Bucais : Potencial Impacto na Epidemiologia do câncer de boca em Curitiba. **Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia**, v. 9, n. 33, p. 80-85, 2002.

PEDRUZZI, P. A. G. *et al.* Classificação dos tumores da boca e orofaringe conforme a descrição anatômica - registro hospitalar de câncer do Hospital Erasto Gaertner 2000-2004. **Revista Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço**, v. 35, p. 230-235, 2006.

SASSI, L.M. *et al.* Prevalence of oral lesions in elderly patients on oral cancer prevention campaigns in Paraná state Brazil 1989-2013. **Braz Dent Sci**, v.17, n. 3, p. 26-31, 2014.

SASSI, L. M. *et al.* Prevalence of oral lesions in 25 years of Oral Cancer Prevention campaigns in Paraná State, Brazil, 1988 to 2013. **RSBO**, v.11, n. 2, p. 134-137, 2014.

TULIO, K. S. C. *et al.* Alterações no perfil da microbiota bucal durante permanência na UTI: colonização por patógenos respiratórios potenciais. **Revista Archives of Health Investigation**, v.7, nº 9, p. 351-357, 2018.

TOMASICH, F.D.S. *et al.* Oral cancer in 10 years of hospitalar registry of cancer. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 28, n. 3, p. 71, 2002.

O TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (ART) COMO ESTRATÉGIA NO CUIDADO EM SAÚDE BUGAL: A EXPERIÊNCIA DA QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ

Ana Cláudia Rodrigues Chibinski | Denise Stadler
Wambier | Mayara Vitorino Gevert | Letícia Maira Wambier
| Érika Luiza da Silva Feller | Gabriela Pereira Afonso

INTRODUÇÃO

Embora a prevalência da doença cárie tenha diminuído em todo o mundo, representa ainda um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde. A doença permanece como problema prioritário em Saúde Pública, atingindo os diferentes ciclos de vida, com maior ou menor intensidade e sendo altamente influenciada pela condição social do indivíduo e o ambiente onde vive (BRASIL, 2011).

No Brasil, os últimos levantamentos de saúde bucal foram realizados em 2003 e 2010. Ainda que nesse período de 7 anos, uma redução significativa na prevalência da doença cárie no país tenha sido verificada em determinadas faixas etárias [aos 12 anos de idade, a prevalência passou de 26,2% para 13,9%] [BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011] e que o estado do Paraná esteja entre os estados brasileiros com os menores índices de prevalência nesta faixa etária [CPO-D 2,06] [BRASIL, 2011], a análise do índice CPO-D como um todo não revela informações importantes: em crianças e adolescentes, as lesões de cárie não tratadas são o componente principal do índice; em adultos e idosos, a perda dentária por cárie é o problema mais prevalente [BRASIL, 2011]. Dados apresentados a partir de uma revisão de literatura, incluindo 187 países, mostraram que o número de lesões de dentina não tratadas em dentes decíduos e permanentes não mudou nos últimos 20 anos em nível mundial [KASSEBAUM *et al.*, 2015].

A doença cárie se manifesta desde os primeiros anos de vida e, segundo o Ministério da Saúde, quase 27% das crianças brasileiras entre 18 e 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie, e essa proporção chega a quase 60% aos 5 anos de idade, com 80% das lesões cavitadas não tratadas [BRASIL, 2011]. Como a doença é progressiva e cumulativa, à medida que aumenta a idade maior será o percentual de dentes afetados. Há evidência de que a sobrecarga de lesões não tratadas está aumentando com 3 picos de prevalência aos 6, 25 e 70 anos de idade [KASSEBAUM *et al.*, 2015]. A desigualdade social e a falta de acesso de grande parte da população brasileira à assistência odontológica conduz a uma perda dentária significativa na população adulta, resultando em um alto percentual de idosos edêntulos [BRASIL, 2011].

Ao mesmo tempo, a opção pela abordagem convencional, baseada no tratamento restaurador, tem falhado no controle da doença cárie [FRENCKEN, 2017]. A restauração de lesões cariosas não pode ser vista como sinônimo de tratamento da doença cárie, mas sim como o início do ciclo restaurador repetitivo, que conduz à perda gradativa dos tecidos mineralizados do dente, ao aumento dos custos do tratamento e à insatisfação dos usuários com sua própria saúde bucal [ELDERTON, 2003]. Portanto, temos duas barreiras a derrubar: o elevado número de lesões de

cárie não tratadas e o equívoco histórico de se considerar a restauração como tratamento da doença cárie.

Uma abordagem mais contemporânea do tratamento da doença cárie se coloca como a melhor opção e é um dos principais focos nas ações governamentais em Saúde Bucal. Trata-se do Tratamento Restaurador Atraumático [ART], cuja adoção vem sendo incentivada pelo Ministério da Saúde. O ART consta nos Cadernos de Atenção Básica [nº 17] [BRASIL, 2006] e na Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente [BRASIL, 2004b] como uma abordagem inovadora, de baixo custo, intervenção simplificada, efetiva e capaz de ampliar o acesso a cuidados odontológicos básicos para toda a população.

Em consonância com as orientações nacionais, e considerando as características da doença cárie, o governo do estado do Paraná, ao reorganizar a Atenção Primária à Saúde e as diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal em 2014, passou a indicar o Tratamento Restaurador Atraumático [ART] como estratégia para controle da doença cárie e o incluiu na Rede de Atenção à Saúde do Paraná.

Apesar do ART ter sido inicialmente idealizado para utilização em países mais pobres, onde o acesso ao serviço odontológico pode ser difícil em função de falta de equipamentos ou eletricidade [FRENCKEN, 2017], atualmente o ART é utilizado tanto em saúde pública quanto em consultórios particulares [FRENCKEN *et al.*, 2012] em diferentes países ao redor do mundo [LEAL *et al.*, 2018].

A evolução do ART, desde seu reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde em 1994 até os dias de hoje, permite a afirmação de que é uma abordagem clínica que contempla os conceitos mais contemporâneos da Cariologia, exemplo perfeito de protocolo de tratamento recomendado pelo International Caries Consensus Collaboration - ICC [SCHWENDICKE *et al.*, 2016] e o melhor representante da Odontologia Minimamente Invasiva entre os tratamentos restauradores.

A estratégia ART possui dois componentes principais: o selante ART e a restauração ART. Por meio destes componentes, é possível prevenir o desenvolvimento de lesões em fóssulas e fissuras [selantes ART] e

impedir a progressão de lesões cavitadas (restaurações ART). Em ambos os componentes, as ações desenvolvidas visam facilitar a remoção do biofilme dental e favorecer o equilíbrio da cavidade bucal, conseqüentemente, controlando a doença cárie.

Entre as vantagens desse tratamento destacam-se o baixo custo, a possibilidade de ser realizado fora do consultório odontológico, níveis de ansiedade do paciente reduzidos (NAVARRO *et al.*, 2015; FRENCKEN, 2017), a preservação da estrutura dentária, o estímulo do reparo fisiológico da dentina cariada remanescente (CHIBINSKI *et al.*, 2016) e um melhor controle do biofilme (FRENCKEN *et al.*, 2012), além da possibilidade de evitar tratamentos futuros mais complexos como endodontias e prevenir exodontias (MICKENAUSSCH *et al.*, 2016).

Além disso, os resultados dos estudos de longevidade demonstram a efetividade do ART ao longo do tempo. Em dentes decíduos, as falhas de restaurações ART em dentes posteriores são de 5% (superfícies simples) e 17% (superfícies compostas) após 3 anos em função; já para dentes permanentes, essas taxas são de 4.1% (superfícies simples, após 5 anos) e 7.3% (superfícies compostas após 2 anos). Para selantes ART, lesões de cárie só foram detectadas em 0.9% dos molares permanentes selados após 3 anos de acompanhamento (DE AMORIM *et al.*, 2017). Estes resultados permitem afirmar que o desempenho de restaurações ART e selantes ART é similar ao longo do tempo quando comparados com restaurações convencionais e selantes resinosos, respectivamente.

Ainda assim, há relatos de resistência por parte dos profissionais e dos responsáveis por programas de saúde bucal com relação ao ART. Isso geralmente ocorre devido ao desconhecimento referente à técnica e dúvidas em relação à sua viabilidade e eficácia frente aos avanços tecnológicos dos materiais e equipamentos odontológicos (NAVARRO *et al.*, 2015; PIEROTE *et al.*, 2017).

Desta forma, é lógico concluir que qualquer mudança de protocolo a ser implantado na Odontologia de Saúde Pública deve iniciar não por um “decreto” ou imposição do gestor, mas com ações que demonstrem para o profissional a importância e a validade de reavaliar sua prática e modificá-la à luz das novas evidências geradas pela pesquisa científica. Há necessidade,

muitas vezes, de “desmontar” conceitos ultrapassados e romper paradigmas arraigados há muito tempo na conduta dos profissionais.

Neste sentido, a Rede de Saúde Bucal do estado do Paraná iniciou uma série de atividades de capacitação a respeito do Tratamento Restaurador Atraumático para os cirurgiões-dentistas atuantes em Saúde Pública. É possível que, paulatinamente, o modelo cirúrgico-restaurador venha a ser substituído pela Odontologia Minimamente Invasiva. Esta mudança, no entanto, só vai acontecer a partir dos recursos humanos envolvidos e, para tanto, os profissionais precisam, não apenas aceitar o ART como parte do tratamento da doença cárie, como também familiarizar-se com o protocolo clínico e apropriar-se da fundamentação científica que embasa esta filosofia de tratamento.

Este capítulo conta o início dessa história de transformação e modernização do tratamento da doença cárie no estado do Paraná.

CAPACITAR E TREINAR: TEMOS QUE IR ALÉM DA TÉCNICA

Capacitar alguém é prepará-lo para desenvolver uma atividade com autonomia. A capacitação cria uma competência, ensina habilidades e prepara o profissional para desempenhar uma atividade nova para ele. Treinar alguém é melhorar aquilo que já se sabe, aperfeiçoar as habilidades. Um treinamento ensina novos [e melhores] meios para atingir objetivos já antes perseguidos pelo profissional [webaula.com.br/index.php/pt/acontece/noticias/3405-capacitacao-treinamento-diferenca].

A pergunta que fazemos aqui é: precisamos capacitar ou treinar nossos cirurgiões-dentistas para a realização do Tratamento Restaurador Atraumático? O que os profissionais da rede pública conhecem sobre ART? Os CDs acreditam na eficácia da ART como agente de controle da doença cárie? Essa modalidade de tratamento faz parte do seu cotidiano clínico? Portanto, nosso primeiro passo para planejar as ações de capacitação/treinamento em ART para os cirurgiões-dentistas do estado do Paraná foi buscar conhecer a percepção destes profissionais em relação ao tema.

Uma busca na literatura nos mostrou essa percepção em diferentes regiões do Brasil. Em São Paulo – SP, houve opiniões contrárias ao uso do ART. As respostas de 207 cirurgiões-dentistas da rede pública mostraram que a metade deles considerava o tratamento inferior em relação às técnicas ditas convencionais [50.9%] e preferia a utilização de “broca” por considerar mais rápida e eficiente para remoção do tecido cariado [50.9%]. E, apesar de terem declarado que assistiram um curso sobre ART, apenas 26.3% dos dentistas estavam dispostos a trabalhar mais com ART em sua clínica [CARLOTTO *et al.*, 2014]. Em um município de médio porte no estado de Santa Catarina, 32 profissionais se mostraram mais abertos ao ART, revelando conhecer a técnica, com 62% dos CDs afirmando utilizá-la em sua clínica diária; todavia, a maioria a indicaria somente para dentes decíduos e apenas 12.5% a consideravam como um procedimento definitivo [KUHNEN *et al.*, 2013]. Já na região nordeste, há dados referentes aos profissionais do Recife – PE [SILVA *et al.*, 2018]; a maioria dos dentistas do distrito sanitário pesquisado afirmaram que utilizavam ART [85.71%], sendo que 61.11% a adotavam tanto como procedimento provisório quanto definitivo. O sucesso da técnica foi considerado parcial por 95.24% dos profissionais, relacionando o material restaurador empregado como um dos fatores que influenciaram no sucesso [47.62%]. Os dentes decíduos foram a indicação principal, mas neste estudo foram citados também pacientes portadores de necessidades especiais, grávidas e idosos. A maioria dos CDs se declararam habilitados a realizar a técnica [95.24%], porém sentiam necessidade de capacitação teórica e prática [SILVA *et al.*, 2018]. Em Teresina – PI, resultados semelhantes foram observados entre os 204 profissionais entrevistados, ou seja, afirmaram conhecer o ART, mas o consideraram um procedimento provisório. Houve equívocos importantes em relação à técnica, como o fato de alguns profissionais afirmarem que há necessidade de remoção total de tecido cariado ou que resina composta pode ser utilizada como material restaurador [PIEROTE *et al.*, 2017].

No Paraná, há dois estudos que devem ser referenciados. O primeiro deles, desenvolvido em 2011, com 191 profissionais de saúde pública da cidade de Curitiba, mostrou que a maioria já conhecia o ART [79%] e 65% utilizavam essa estratégia em sua prática. Houve uma tendência no grupo de considerar o ART capaz de ampliar o acesso ao atendimento e que a técnica

deve ser mais utilizada em Saúde Pública. Todavia, o ART não foi aceito como tratamento definitivo e apenas 42.2% dos profissionais concordam com o uso do ART para controle da cárie dentária [BUSATO *et al.*, 2011]. Já o artigo de 2014 relata os resultados de um questionário a respeito do tema que foi aplicado para 97 profissionais de todo o Paraná durante uma série de palestras promovidas pela Divisão de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná em 2012, para as quatro macrorregiões administrativas do estado. A maioria dos respondentes afirmou que o ART é utilizado em seus municípios, mas apenas 12.4% haviam recebido capacitação sobre a técnica. Houve uma percepção positiva em relação à técnica no que diz respeito à boa aceitação por parte dos pacientes [49.3%] e aumento no número de restaurações realizadas [42.5%], mas a indicação principal foi para dentes decíduos. Estes profissionais também falaram sobre barreiras que impedem um emprego mais amplo da ART e que incluíam dificuldade de avaliação dos resultados a longo prazo, maior confiança nos procedimentos “convencionais” e falta de treinamento [CHIBINSKI *et al.*, 2014].

Esse conjunto de evidências aponta para um fato em comum: os profissionais não precisam de capacitação; eles querem mais treinamento sobre ART para aprimorar conhecimentos e habilidades [BUSATO *et al.*, 2011; KUHNEN *et al.*, 2013; CHIBINSKI *et al.*, 2014; PIEROTE *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018]. Os profissionais afirmaram “conhecer a técnica” e há CDs que já a incorporaram ao seu cotidiano. Mas ao mesmo tempo, observa-se uma subutilização, já que nos relatos da literatura, a técnica tem sua indicação muito restrita aos dentes decíduos e existe um certo grau de dúvida em relação à sua efetividade, evidente quando o ART não é classificado como um procedimento definitivo. Ao proporcionar a possibilidade de aprofundar o conhecimento teórico-científico sobre ART, bem como a perícia clínica dos profissionais, o grupo gestor estará facilitando a implantação desta abordagem e o sucesso dos procedimentos clínicos a longo prazo, que depende da experiência e do treinamento do operador.

Tendo em vista a realidade já conhecida dos profissionais do Paraná, delineou-se um plano de treinamento baseado em três vertentes principais. A primeira delas focada nos conceitos contemporâneos relacionados ao tratamento da doença cárie e como o ART pode interferir no controle da doença. Num segundo momento, o objetivo foi esclarecer o processo

envolvido na reorganização de dentina cariada após remoção parcial de cárie, ou seja, o processo de “remineralização” da dentina cariada abaixo do cimento de ionômero de vidro utilizado nas restaurações atraumáticas. E finalmente, após bom embasamento científico, partiu-se para os conceitos específicos das restaurações atraumáticas e selantes ART, focando principalmente na técnica. Este último momento compreendeu uma abordagem teórica e *workshops* para treinamento clínico.

CONCEITO CONTEMPORÂNEO DE DOENÇA CÁRIE

A doença cárie se manifesta no meio bucal a partir de um desequilíbrio no processo dinâmico de perda e ganho mineral que acontece na interface dente/biofilme/saliva [FEJERSKOV, 2004; YOUNG e FEATHERSTONE, 2013]; tem componentes comportamentais [FEJERSKOV, 2004] e é fortemente açúcar dependente [YOUNG e FEATHERSTONE, 2013].

A partir dos anos 90 com os estudos de Fejerskov e Manji, determinantes sociais também passaram a ser considerados nos estudos sobre cárie dentária, sendo referidos como fatores moduladores ou modificadores da doença [educação, nível social, renda, conhecimento, entre outros].

Portanto, o conceito de cárie como doença “infecção-contagiosa” é incompatível com a sua natureza multifatorial. O que se transmite de uma geração para outra são os hábitos cultivados na família. O caráter multifatorial da doença, mediada pelos determinantes biológicos e sociais, explica em parte a dificuldade de seu manejo e sua persistência como expressivo problema de saúde bucal.

O biofilme dental tem um papel fundamental neste processo e sua desorganização sistemática é o meio mais fácil e acessível para prevenção e controle da doença, associada com a exposição reduzida a carboidratos fermentáveis [PHILIP *et al.*, 2018].

Pode-se deduzir, portanto, que a doença cárie tem um componente comportamental, e é condição básica para o sucesso do tratamento a

participação efetiva do paciente portador da doença; os pacientes precisam ser esclarecidos sobre os procedimentos realizados e conscientizados sobre seu papel na manutenção de sua saúde bucal [KIDD e FEJERSKOV, 2013].

Ao paciente, cabe a desorganização mecânica do biofilme dental associado ao uso de dentifrício fluoretado e controle da dieta. Desta forma, o primeiro papel do cirurgião-dentista no tratamento da doença é informar e estimular o paciente a desenvolver e manter hábitos e comportamentos compatíveis com o equilíbrio do meio bucal [KIDD e FEJERSKOV, 2013]. Esta é a etapa não operatória do tratamento da doença cárie - talvez a mais importante - e que deve estar associada ao Tratamento Restaurador Atraumático.

Outras medidas não invasivas de controle da cárie também precisam ser adotadas de acordo com as necessidades individuais dos pacientes. Estas incluem aplicações tópicas de flúor [gel, verniz, bochechos] ou o uso de diaminofluoreto de prata e podem ser indicadas para o paciente infantil ou adulto.

O objetivo principal é manter o equilíbrio do meio bucal, promovendo ciclos de remineralização que superem os de desmineralização e, conseqüentemente, interferindo na atividade da lesão e sua progressão.

As restaurações e selantes ART, quando necessários, têm a função de eliminar a cavidade ou qualquer sítio retentivo do dente como forma de auxiliar no controle do biofilme [KIDD, 2010] e contribuir na paralisação da atividade da doença. Do ponto de vista da Cariologia, o ART, por meio das restaurações atraumáticas e selantes ART, atende perfeitamente a esse requisito biológico dos procedimentos restauradores.

REMOÇÃO SELETIVA DO TECIDO CARIADO

Uma característica das restaurações atraumáticas é a remoção seletiva do tecido cariado, feita com colheres de dentina. Apenas a dentina infectada é removida, permanecendo na cavidade a dentina cariada afetada, que tem potencial de reorganização e remineralização sob uma restauração

com selamento adequado [CHIBINSKI *et al.*, 2016; FRENCKEN, 2017].

Ao longo da história do ART, este talvez tenha sido um ponto muito discutido pela comunidade acadêmica e bastante polêmico, a ponto de influenciar a aceitação da técnica restauradora atraumática pelos profissionais. A insegurança dos profissionais relacionava-se ao receio de deixar bactérias no preparo cavitário, já que toda base da dentística restauradora foi pautada pela certeza de que o preparo cavitário havia sido capaz de eliminar qualquer microorganismo e que o material restaurador seria apoiado em tecido mineralizado hígido.

Esta insegurança não se justifica. Pesquisas científicas bem estruturadas vêm mostrando que há uma redução muito significativa no número de microorganismos viáveis da dentina cariada residual após remoção seletiva e restauração, acompanhada por um aumento no conteúdo mineral da dentina, que se torna um tecido mais duro e mais organizado [WAMBIER *et al.*, 2007; CHIBINSKI *et al.*, 2013; KUHN *et al.*, 2014; CHIBINSKI *et al.*, 2016]; e este processo de remineralização permanece ao longo do tempo, tanto em dentes decíduos [CHIBINSKI *et al.*, 2013] quanto permanentes [ALVES *et al.*, 2010].

Entre as vantagens de se optar pela remoção parcial, pode-se citar a redução do risco de exposição pulpar, diminuindo a necessidade de tratamentos mais complexos como o tratamento endodôntico [MALTZ *et al.*, 2018], fato extremamente conveniente, já que a endodontia é um serviço especializado e com vagas limitadas nos serviços públicos de saúde, e a falta de atenção especializada pode conduzir para a exodontia. Portanto, a adoção de um protocolo simples e eficaz, capaz de ser executado pelo cirurgião-dentista na unidade básica de saúde, apresenta o potencial de impactar positivamente tanto na saúde bucal da população quanto no serviço, otimizando a aplicação recursos físicos e humanos.

Ainda, ao considerarmos os princípios preconizados pelo ICC [SCHWENDICKE *et al.*, 2016] para remoção de tecido cariado, o Tratamento Restaurador Atraumático cumpre perfeitamente dois requisitos fundamentais que são a preservação do tecido não desmineralizado e remineralizável e a manutenção da saúde pulpar.

RESTAURAÇÕES ATRAUMÁTICAS E SELANTES ART: A TÉCNICA

Restauração atraumática é a restauração em uma cavidade preparada com instrumentos cortantes manuais após remoção seletiva de tecido cariado e restaurada com cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade, sob pressão digital, com selamento de fissuras adjacentes [LEAL *et al.*, 2018].

A característica “inclusiva” das restaurações atraumáticas merece ser mencionada. No dicionário, inclusão é o ato de incluir e acrescentar; socialmente, é um ato de igualdade entre os diferentes indivíduos que habitam uma determinada sociedade (<https://www.significados.com.br/inclusao/>). As restaurações atraumáticas são o exemplo perfeito de uma Odontologia que facilita a inclusão nos seus diferentes aspectos.

Do ponto de vista do espaço físico, as restaurações atraumáticas são inclusivas por não necessitarem de equipamentos odontológicos ou qualquer tecnologia; as restaurações atraumáticas podem ser realizadas em espaços alternativos, como um centro comunitário, uma sala de aula ou salão de uma igreja.

Do ponto de vista do paciente, são inclusivas porque estão indicadas para restauração de lesões cavitadas de cárie independente do perfil do paciente, ou seja, podem ser indicadas para bebês (crianças de 0 a 3 anos de idade), passando por pré-escolares, escolares, adolescentes, adultos e idosos. E ainda, dentro deste universo, pode-se indicar as restaurações atraumáticas para gestantes, pacientes institucionalizados e pacientes portadores de necessidades especiais, como portadores de deficiência mental, síndromes, distúrbios comportamentais, doenças sistêmicas, entre outras condições [MONNERAT *et al.*, 2013]. Ainda do ponto de vista do paciente, pode-se dizer que as restaurações atraumáticas são um procedimento “amigável”, por dispensar anestesia local e isolamento absoluto, reduzindo a ansiedade relacionada ao tratamento odontológico tanto em pacientes adultos quanto crianças, além de ter um impacto positivo na qualidade de vida de crianças [RAGGIO *et al.*, 2019].

Do ponto de vista do gestor, as restaurações atraumáticas são

inclusivas ao possibilitar maior abrangência de atuação da equipe odontológica, com boa relação custo-benefício [MICKENAUTSCH *et al.*, 2009; DA MATA *et al.*, 2014; TONMUKAYAKUL e ARROW, 2017].

Do ponto de vista do profissional, é inclusiva por ser uma técnica simples e efetiva, que preconiza a manutenção máxima de tecido dentário e tem potencial para evitar endodontias e exodontias e, possivelmente, ampliar o número de pacientes atendidos. E ainda aceita pequenas variações na técnica, como por exemplo o uso de alta rotação para remover esmalte e facilitar o acesso à lesão ou o uso do sugador para controle da umidade durante o procedimento, se o cirurgião-dentista dispuser de um consultório odontológico.

O único ponto que não é inclusivo e universal em relação às restaurações atraumáticas diz respeito ao padrão de cavidades que pode ser restaurado e este ponto é fundamental para o sucesso a longo prazo. Cavidades simples são a indicação primária das restaurações ART e podem ser utilizadas com total segurança tanto em dentes decíduos quanto em permanentes. Cavidades de superfícies múltiplas têm taxas de sucesso menores [FRENCKEN, 2017]. Todavia, ainda que a indicação “ideal” das restaurações atraumáticas seja extrapolada, como na restauração de cavidades complexas e/ou atípicas, e ocorra falha na restauração após 1 ou 2 anos em função, a restauração atraumática permite o reparo com o acréscimo de cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade [no caso de uma fratura] ou a confecção de uma nova restauração sobre uma dentina mais mineralizada e com características de lesão paralisada [no caso de perda total da restauração].

Já os selantes ART também são inclusivos, principalmente porque eles podem ser utilizados até em situações onde os selantes resinosos não se aplicam, como em primeiros molares permanentes em erupção ou dentes que dificultam o controle da umidade. Podem ser utilizados tanto para prevenção de lesões quanto para tratamento de lesões oclusais não cavitadas. Não apresentam retenção prolongada, mas os estudos clínicos mostraram que são eficazes para prevenção de novas lesões de cárie [FRENCKEN, 2017], o que é o objetivo fundamental no tratamento com selantes de fôssulas e fissuras.

O TREINAMENTO PROPRIAMENTE DITO

A implantação plena do Sistema Único de Saúde [SUS] compreende ações focadas no desenvolvimento dos recursos humanos e um enfoque integrador, interdisciplinar e intersetorial. Para tanto, a abordagem ideal é a integração ensino-serviço. “Há responsabilidade do ensino e do serviço em realizar atualizações aos trabalhadores do SUS, com vistas a novas técnicas baseadas em evidências para responder às necessidades de atenção da população” [BUSATO *et al.*, 2011].

O treinamento sobre Tratamento Restaurador Atraumático se encaixa nessa premissa. Uma parceria bem-sucedida foi delineada entre o Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa e a Divisão de Saúde Bucal do estado do Paraná, a fim de que o conhecimento científico produzido na linha de pesquisa de Mínima Intervenção dos cursos *stricto-sensu* e a experiência de mais de 20 anos na prática do Tratamento Restaurador Atraumático pudesse contribuir com a implantação desta abordagem odontológica no serviço público do Paraná.

A região selecionada para desenvolvimento do projeto-piloto foi a 21ª Regional de Saúde, que compreende os municípios de Telêmaco Borba, Curiúva, Imbaú, Ortigueira, Reserva, Tibagi e Ventania. Esta região foi selecionada por apresentar elevado índice de exodontia quando comparada com outras regiões do estado e ainda não possuir uma referência para a atenção secundária.

A proposta foi apresentada pela Direção de Saúde Bucal para os gestores Municipais em Comissão Intergestores Bipartite, com um termo de adesão onde cada gestor assinava, apontando dentro do seu município as equipes que teriam perfil para aderir ao projeto. Neste termo, contavam compromissos de ambas as partes: gestão estadual responsável pela capacitação, fornecimento de material restaurador, apoio às equipes na implantação da Linha Guia de Saúde Bucal e a adesão ao tratamento restaurador atraumático em todos os casos em que se indicasse; e gestão municipal, dando plenas condições de trabalho para as equipes, com estrutura física adequada e apoio no que se fizesse necessário. Importante salientar também o compromisso das equipes, que concordaram em aderir ao projeto do ART executando-o sempre que possível como tratamento de primeira escolha.

A região selecionada não possuía referência para endodontia [Centros de Especialidades Odontológicas - CEO] e os indicadores de exodontia eram 4 vezes maiores que a média de outros municípios do mesmo porte. A análise do indicador de exodontia é uma forma de avaliar as práticas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde [BRASIL, 2013], que são as responsáveis pelas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Uma proporção de exodontia elevada poderia ser explicada por um modelo de assistência odontológica tecnicista e/ou a falta de capacidade resolutiva dos serviços de especialidades odontológicas.

A hipótese formulada aqui foi de que a implantação de uma abordagem alternativa, baseada em técnicas minimamente invasivas para manejo da doença cárie, poderia, ao longo do tempo, resultar em melhora no indicador de exodontia e na saúde bucal da população como um todo.

O treinamento foi realizado em maio de 2017 e foi composto por uma palestra de aproximadamente 3 horas seguida por um *workshop* sobre restaurações atraumáticas, ambos ministrados pela Prof^a Dr^a Ana Cláudia Rodrigues Chibinski [ACRC] do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa [UEPG]. Participaram deste treinamento 30 pessoas, entre cirurgiões-dentistas [n=21] e outros profissionais da equipe de saúde bucal [n=9] [Figura 1].

A palestra consistiu na exposição do conteúdo, com um material desenvolvido especificamente para esta atividade em Power Point, incluindo esquemas e fotos clínicas relacionadas à temática. Apesar desta modalidade de ensino ser caracterizada pela passividade do sujeito, houve, por parte da ministrante, um incentivo à participação ativa dos cirurgiões-dentistas, que expuseram suas dúvidas e certezas e compartilharam suas vivências e experiências sobre ART e remoção parcial de cárie.

No mesmo dia foi realizado o *workshop*, com duração aproximada de 3 horas. Neste *workshop* foram revisitados todos os conceitos práticos abordados anteriormente na palestra, com ênfase no diagnóstico e seleção da cavidade, escolha e manipulação do material restaurador e técnica propriamente dita de restaurações ART e selantes ART. Nesta estratégia de ensino, os cirurgiões-dentistas puderam praticar a técnica restauradora atraumática em dentes naturais extraídos [decíduos ou permanentes] e

também tiveram a oportunidade de manusear o material restaurador.

Cada estágio do protocolo restaurador realizado pela professora [ACRC] foi transmitido em tempo real, através da utilização de televisão e câmera filmadora com imagem ampliada, para que os profissionais reproduzissem os passos em seus respectivos modelos com dentes extraídos. Ao término dessa atividade, cada indivíduo havia realizado uma restauração atraumática de Classe I, uma de Classe II e um selante ART. Durante as atividades práticas, os cirurgiões-dentistas também tiveram auxílio de outros três profissionais experientes na realização de restaurações e selantes ART, presentes nessa etapa para auxiliar se houvesse alguma dúvida ou dificuldade.

FIGURAS 1A E B - Treinamento realizado em Telêmaco Borba para os profissionais da 21ª Regional de Saúde; as figuras mostram o momento do *workshop*, que associou a demonstração em tempo real da técnica e a realização das restaurações atraumáticas pelos profissionais em dentes extraídos.



O treinamento para os cirurgiões dentistas do Paraná foi estruturado desta forma para ultrapassar o modelo tradicional expositivo, onde o profissional fica passivo diante do professor. Buscou-se a aprendizagem significativa, apresentando questões relevantes para o profissional, motivando-o a mudar sua prática e conciliando as novas informações com os conhecimentos e habilidades previamente adquiridos.

Parte integrante do treinamento é o processo de avaliação [GONÇALVES; MOURÃO, 2011]. Portanto, paralelamente, estabeleceu-se uma forma de avaliação da atividade, para verificar o nível de aquisição/

modificação de conhecimentos e comportamentos relativos ao ART pelos cirurgiões-dentistas.

Um questionário pré-testado foi utilizado para avaliação desta atividade, compreendendo quatro grandes domínios sobre o ART: conceitos gerais, indicações da técnica, instrumentais/materiais utilizados e protocolo clínico. Para os domínios “conceitos gerais” e “protocolo clínico” foram desenvolvidas 28 questões com a utilização de escala Likert de 4 pontos para as respostas [concordo, concordo totalmente, discordo, discordo totalmente]. Nos domínios “indicações” e “instrumentais/materiais” foram incluídos 41 itens, com respostas dicotômicas [sim ou não]. Considerando-se a importância do diagnóstico clínico e a necessidade de domínio do protocolo técnico para o cotidiano do profissional, duas questões abertas também foram incluídas, possibilitando ao sujeito da pesquisa a descrição livre destes critérios. Esse instrumento de avaliação foi aplicado antes da capacitação e 30 dias após a intervenção.

Em relação ao conhecimento prévio, um número significativo de profissionais discordou do caráter definitivo do tratamento [42.9%] e da possibilidade de selar as fissuras próximas à cavidade com o mesmo material da restauração [57.1%]. Além disso, 100% dos profissionais relataram que nunca tiveram uma capacitação sobre o ART.

Num segundo momento, 30 dias após o treinamento, houve uma melhora na assimilação geral dos conteúdos, sendo que na maioria das questões as respostas certas excederam o índice de 80%. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos de avaliação [antes - depois do treinamento] em itens como o tratamento ser bem aceito pelos pacientes [71.4% - 100%], a utilização de vaselina na técnica [71.4% - 100%], o caráter definitivo do tratamento [42.9% - 85.7%] e a possibilidade de selar as fissuras próximas à cavidade com o mesmo material da restauração [57.1% - 92.9%]. Pontos fundamentais como a preservação de tecido dentário, a remineralização da dentina cariada e características do material restaurador como ponto de inserção e importância da manipulação correta obtiveram 100% de assimilação. Somado a esses fatores, após a realização do treinamento, o índice de utilização do ART na saúde pública pelos profissionais passou de 64.3% para 92.3%.

Resultados tão animadores mostraram que a abordagem adotada foi adequada e a busca por uma estratégia capaz de levar este modelo de ensino-aprendizagem para todos os profissionais do estado, de modo que os recursos humanos e financeiros envolvidos fossem otimizados, nos levou a um modelo de treinamento por videoconferência.

A videoconferência foi realizada em abril de 2018 na sede da 3ª Regional de Saúde – Ponta Grossa - PR, com organização da Divisão de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde e com a Profª Drª Ana Cláudia Rodrigues Chibinski representando a Universidade Estadual de Ponta Grossa e ministrando a oficina. Houve transmissão em tempo real para todas as 22 regionais do estado. Nessa ocasião, participaram 421 profissionais, sendo 256 cirurgiões-dentistas e 165 outros profissionais da equipe de saúde bucal.

Portanto, ainda que a distância, todas as atividades ocorreram simultaneamente, garantindo que o mesmo conteúdo fosse ministrado a todo o estado. A videoconferência seguiu o roteiro e conteúdo da capacitação realizada anteriormente, dividindo-se em dois momentos. No período da manhã, ocorreu a palestra com cerca de 3 horas de duração sobre o Tratamento Restaurador Atraumático. A segunda parte da oficina foi realizada no período da tarde com a realização de um *workshop* em dentes naturais extraídos. Essa atividade foi realizada pela professora e, ao mesmo tempo, pelos profissionais nas salas remotas, a fim de reproduzir e treinar o protocolo técnico para a confecção de restaurações atraumáticas.

Uma vez que havia possibilidade de comunicação em tempo real entre a sala geradora e as salas remotas, os profissionais participantes deste treinamento foram encorajados a participar, apresentando suas dúvidas e observações para todo grupo. Para o acompanhamento do treinamento em cada sala remota, um profissional/coordenador daquele município esteve presente, facilitando a comunicação entre os profissionais e a ministrante.

Novamente, questionários de avaliação, os mesmos utilizados na atividade presencial, foram respondidos pelos participantes antes da videoconferência e 30 dias após.

O treinamento por videoconferência foi o primeiro treinamento sobre Tratamento Restaurador Atraumático oferecido para todos os profissionais

do Paraná. Comparando os índices de respostas corretas nos momentos antes e depois da videoconferência, observamos que questões pertinentes à técnica como a utilização de ácido poliacrílico [62.5%-100%], a possibilidade de manter dentina cariada na parede pulpar [75%-100%] e a dentina infectada não sendo passível de remineralização [37.5%-75%] melhoraram depois de realizada a capacitação. Outras questões fundamentais para o entendimento do Tratamento obtiveram 100% de assimilação após a oficina como a necessidade de diagnóstico pulpar precedendo a realização da técnica e a remoção do tecido cariado devendo ser realizada com colheres de dentina. Com relação ao emprego da técnica atraumática no setor público, essa passou de 82.5% para 100% segundo os cirurgiões-dentistas.

FIGURAS 2A E B - Treinamento por videoconferência transmitido a partir de Ponta Grossa para todas as Regionais de Saúde do Paraná. À esquerda, observa-se o momento da realização do **workshop**; à direita, pode-se ver algumas das salas remotas nas diferentes Regionais de Saúde do Paraná.



É importante salientar que essa avaliação diz respeito apenas às modificações de caráter cognitivo detectadas nos profissionais após participação no treinamento; essas modificações podem ou não se traduzir em mudanças nos indicadores de saúde bucal ao longo do tempo. A apresentação dos indicadores obtidos a partir dessa experiência ART consiste no próximo tópico deste capítulo.

IMPLANTAÇÃO DO ART NO PARANÁ: PANORAMA ATUAL E POSSIBILIDADES FUTURAS

A proposta da divisão de Saúde Bucal do estado foi oferecer o treinamento para todos os profissionais. A partir daí, as equipes de saúde bucal poderiam fazer a opção de inserir o Tratamento Restaurador Atraumático no seu cotidiano.

O monitoramento do projeto do ART se deu por meio de duas planilhas a serem preenchidas pelas equipes e enviadas periodicamente às regionais de saúde. Uma delas se refere à quantidade de tratamentos indicados/mês e à quantidade de tratamentos concluídos/mês, indicando assim a resolutividade destas equipes. Importante ressaltar que também se considerava se os tratamentos concluídos foram realizados no modelo convencional ou ART. A segunda planilha dizia respeito ao indicador de exodontia [razão do número de exodontias sobre procedimentos odontológicos básicos individuais – procedimentos restauradores e preventivos].

Há que se considerar que os dados aqui relatados foram fornecidos pela Divisão de Saúde Bucal da SESA – PR e referem-se a um período de 8 meses, período muito curto para se poder tecer considerações definitivas a respeito da relação entre os números aqui apresentados e o Tratamento Restaurador Atraumático. Todavia, a partir destes dados é possível identificar algumas tendências.

No estado do Paraná, há 1.304 equipes de saúde bucal. Destas, 455 equipes aceitaram participar do projeto Tratamento Restaurador Atraumático. Identificamos aqui a primeira tendência: a incorporação do ART tem relação com o conhecimento; e sua aceitação está baseada no entendimento dos preceitos técnico-científicos que embasa esta modalidade de tratamento. Como o treinamento, apesar de direcionado para todos os profissionais, não alcançou a totalidade dos cirurgiões-dentistas, a adesão ao projeto foi de aproximadamente 35% das equipes de saúde bucal, número muito semelhante ao de profissionais que realizaram o treinamento.

A pergunta que deve ser feita aqui é: o que será necessário para que a adesão das outras equipes de saúde bucal se efetive?

Quando os gestores alinham o processo de treinamento com as diretrizes do serviço onde o profissional está inserido, devem evitar ações pontuais de capacitação e treinamento, que não são capazes de atingir toda a população de cirurgiões-dentistas do estado. Portanto, tendo a implantação do Tratamento Restaurador Atraumático como meta de saúde bucal no Paraná, fica claro que os momentos de treinamento precisam ocorrer ao longo do tempo e o estímulo à capacitação e treinamento deve ser uma constante. O investimento em programas de qualificação favorece tanto o Estado quanto o profissional, e é essencial para se alcançar mudanças significativas nas práticas das equipes de saúde bucal. O treinamento profissional é um dos requisitos básicos para manter a qualidade da equipe e consequentemente a incorporação gradativa da Odontologia Minimamente Invasiva na Saúde Pública do Paraná.

Outra observação que se pode fazer é que, neste curto período de tempo e com a implementação do ART em aproximadamente 1/3 das equipes de saúde bucal, não foi possível notar qualquer alteração no índice de exodontia.

No caso do Paraná como um todo, foi observado um decréscimo neste indicador, de 6.58% em 2017 para 4.3% em 2018, dado bastante importante e que reflete ações progressas, como a implantação da Rede de Saúde Bucal. Tais números estão em consonância com os dados das Regiões Sul e Sudeste. Em 70,9% dos municípios da Região Sul e 83,9% da Região Sudeste, as extrações correspondem a menos de 12% dos procedimentos clínicos (DA SILVA *et al.*, 2018). Entre as regionais que participaram do projeto ART, foi possível coletar o índice de exodontia de 2018 das 1ª [Litoral], 2ª [Metropolitana], 4ª [Irati], 6ª [União da Vitória], 9ª [Foz do Iguaçu], 10ª [Cascavel], 11ª [Campo Mourão] e 13ª [Cianorte] Regionais de Saúde; a média foi de 6.35%, ou seja, um índice muito bom comparado com os dados gerais dos municípios das regiões Sul e Sudeste do Brasil. Particularmente nas cidades pertencentes à Regional de Saúde de Telêmaco Borba, houve uma redução no índice de exodontia em todos os municípios participantes do projeto; o índice geral passou de 15% em 2017 para 12% em 2018, ano em que o projeto ART foi implantado. Espera-se que, assim como observado em outros países da América Latina, ao longo do tempo a implementação do ART na atenção odontológica de Saúde Pública configure-se num meio

efetivo de aumentar o acesso aos serviços básicos de saúde, particularmente para setores mais carentes da população (ESTUPIÑÁN-DAY *et al.*, 2013), conseqüentemente as necessidades de tratamento restaurador poderão ser supridas num momento anterior da história da doença cárie, evitando a experiência mutiladora da exodontia e melhorando ainda mais o índice de exodontia no estado e a saúde bucal da população.

Outra observação importante que se pode fazer a partir destes dados iniciais diz respeito ao número de pacientes que puderam ser tratados com o ART, que variou entre 23% e 37% nas regionais analisadas. Portanto, aproximadamente 1/3 dos pacientes puderam receber o Tratamento Restaurador Atraumático. Número semelhante foi encontrado em um estudo que verificou a aplicabilidade do ART em estudantes de um município no interior de Santa Catarina (WAMBIER *et al.*, 2003). Realmente, não se espera que o ART seja a resposta a todas as necessidades dos pacientes que procuram atendimento em função da doença cárie. Assim como qualquer protocolo de tratamento, o ART apresenta limitações, relacionadas, por exemplo, a restaurações de cavidades de múltiplas faces, como em lesões de Classe IV ou cavidades atípicas.

Mas este é um dado importante, já que o conhecimento das condições de saúde da população, especificamente o diagnóstico do número de pacientes que podem ser atendidos no protocolo ART, auxilia no planejamento das ações e no estabelecimento de prioridades para o investimento de recursos voltados aos materiais e instrumentais necessários para efetivação do ART, especialmente cimento de ionômero de vidro (CIV) de alta viscosidade, que é um requisito fundamental na técnica, com influência até mesmo na adesão dos profissionais ao ART.

As experiências na África do Sul, México, Tanzânia e países da América Latina mostram que a falta do CIV de alta viscosidade está entre os principais fatores capaz de impedir a implementação do ART. Além disso, estratégias de sucesso passam, necessariamente, pela organização de uma agenda de treinamento e tutoria constante para os profissionais, desenvolvimento e execução de um sistema capaz de monitoramento dos tratamentos realizados, encontros frequentes para análise e discussão dos resultados e a colaboração entre gestores públicos (nas diferentes esferas) e as universidades (FRENCKEN *et al.*, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Tratamento Restaurador Atraumático não deve ser considerado como sinônimo de técnica restauradora. Sua característica terapêutica extrapola a característica restauradora. A filosofia que embasa o ART é fundamentada na Odontologia Minimamente Invasiva e busca o controle da doença cárie. Em determinado momento da evolução da doença, o ART inclui a realização de restaurações atraumáticas. Mas medidas não invasivas de controle da cárie, como selantes ART, fluoroterapia e diaminofluoreto de prata, além de ações de educação e motivação em saúde bucal são fundamentais para o controle da doença e sucesso do tratamento. É o conjunto destas ações, suportadas pelos avanços científicos da Cariologia, que devem pautar os cuidados odontológicos na atenção básica.

As Universidades, enquanto polos de formação profissional, geração e difusão do conhecimento, tem, na capacitação e treinamento dos profissionais de saúde pública, uma de suas funções sociais mais importantes. A capacitação dos profissionais e treinamento em serviço vão garantir que modelos de conduta ultrapassados sejam gradativamente substituídos, abandonando a Odontologia meramente técnica e curativa, tornando-a cientificamente atualizada e com enfoque biologicista. É a união dos esforços nas diferentes esferas que fará a diferença na estruturação de uma Odontologia Pública resolutive, inclusiva e mais humana.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. S. *et al.* Qualitative and quantitative radiographic assessment of sealed carious dentin: a 10-year prospective study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 109, n. 1, p. 135-141, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Resolução N° 5 da comissão intergestores tripartite de 19 de junho 2013. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais**: Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BUSATO, I. M. S. *et al.* Avaliação da percepção das equipes de saúde bucal da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba [PR] sobre o tratamento restaurador atraumático [ART]. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1017-1022, 2011.

CARLOTTO, C. A. *et al.* Aceitabilidade do tratamento restaurador atraumático pelos Cirurgiões-Dentistas do serviço público em São Paulo. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 68, n. 1, p. 35-41, 2014.

CHIBINSKI, A. C. *et al.* Tratamento restaurador atraumático: percepção dos dentistas e aplicabilidade na atenção primária. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 1, p. 89-92, 2014.

CHIBINSKI, A. C. R. *et al.* Evaluation of primary carious dentin after cavity sealing in deep lesions: a 10-to 13-month follow-up. **Pediatric Dentistry**, v. 35, n. 3, p. 107E-112E, 2013.

CHIBINSKI, A. C. R. *et al.* Clinical, mineral and ultrastructural changes in carious dentin of primary molars after restoration. **International Dental Journal**, v. 66, n. 3, p. 150-157, 2016.

DA MATA, C. *et al.* Cost-effectiveness of ART restorations in elderly adults: a randomized clinical trial. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 42, n. 1, p. 79-87, 2014.

DA SILVA, D. R. B. *et al.* Análise do indicador de extração dentária a partir do contexto municipal. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 2, p. 220-227, 2018.

DE AMORIM, R. *et al.* Survival percentages of atraumatic restorative treatment (ART) restorations and sealants in posterior teeth: an updated systematic review and meta-analysis. **Clinical Oral Investigations**, p. 1-23, 2017.

ELDERTON, R. J. Preventive [evidence-based] approach to quality general dental care. **Medical Principles and Practice**, v. 12, n. Suppl. 1, p. 12-21, 2003.

ESTUPIÑÁN-DAY, S. *et al.* Managing dental caries with atraumatic restorative treatment in children: successful experience in three Latin American countries. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, p. 237-243, 2013.

FEJERSKOV, O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. **Caries Research**, v. 38, n. 3, p. 182-191, 2004.

FRENCKEN, J. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. **British Dental Journal**, v. 223, n. 3, p. 183, 2017.

FRENCKEN, J. E.; LEAL, S. C.; NAVARRO, M. F. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: a comprehensive overview. **Clinical Oral Investigations**, v. 16, n. 5, p. 1337-1346, 2012.

GONÇALVES, A.; MOURÃO, L. A expectativa em relação ao treinamento influencia o impacto das ações de capacitação? **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 2, p. 483-513, 2011.

KASSEBAUM, N. *et al.* Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 5, p. 650-658, 2015.

KIDD, E.; FEJERSKOV, O. Changing concepts in cariology: forty years on. **Dental Update**, v. 40, n. 4, p. 277-286, 2013.

KIDD, E. A. Clinical threshold for carious tissue removal. **Dental Clinics**, v. 54, n. 3, p. 541-549, 2010.

KUHN, E. *et al.* The role of glass ionomer cement on the remineralization of infected dentin: an in vivo study. **Pediatric Dentistry**, v. 36, n. 4, p. 118E-124E, 2014.

KUHNEN, M.; BURATTO, G.; SILVA, M. P. Uso do tratamento restaurador atraumático na Estratégia Saúde da Família. **Rev Odontol UNESP**, v. 42, n. 4, p. 291-7, 2013.

LEAL, S. *et al.* Atraumatic Restorative Treatment: Restorative Component. In: [Ed.]. **Caries Excavation: Evolution of Treating Cavitated Carious Lesions**: Karger Publishers, v.27, 2018. p.92-102.

MALTZ, M. *et al.* Partial caries removal in deep caries lesions: a 5-year multicenter randomized controlled trial. **Clinical Oral Investigations**, v. 22, n. 3, p. 1337-1343, 2018.

MICKENAUSSCH, S.; FRENCKEN, J.; VAN'T HOF, M. The effect of an Atraumatic Restorative Treatment (ART) training course on the restorative treatment pattern in a provincial public oral health care system in South Africa. **African Journal of Oral Health**, v. 6, n. 1, p. 3-6, 2016.

MICKENAUTSCH, S.; MUNSHI, I.; GROSSMAN, E. Comparative cost of ART and conventional treatment within a dental school clinic. **Journal of Minimum Intervention in Dentistry**, v. 2, n. 2, p. 135-145, 2009.

MONNERAT, A. F.; DE SOUZA, M. I. D. C.; MONNERAT, A. B. L. Tratamento Restaurador Atraumático. Uma técnica que podemos confiar? **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 70, n. 1, p. 33, 2013.

NAVARRO, M. F. D. L. *et al.* Tratamento Restaurador Atraumático: atualidades e perspectivas. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 69, n. 3, p. 289-301, 2015.

PHILIP, N.; SUNEJA, B.; WALSH, L. J. Ecological Approaches to Dental Caries Prevention: Paradigm Shift or Shibboleth? **Caries Research**, v. 52, n. 1-2, p. 153-165, 2018.

PIEROTE, J. J. A. *et al.* Knowledge and conduct of public health system dentist about atraumatic restorative treatment. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 46, n. 2, p.

82-89, 2017.

RAGGIO, D. P. *et al.* The Atraumatic Restorative Treatment. In: [Ed.]. **Pediatric Restorative Dentistry**: Springer, 2019. p.169-177.

SCHWENDICKE, F. *et al.* Managing carious lesions: consensus recommendations on carious tissue removal. **Advances in Dental Research**, v. 28, n. 2, p. 58-67, 2016.

SILVA, C. D. *et al.* Incorporação da técnica de restauração atraumática por equipes de saúde bucal da atenção básica à saúde do Recife/PE. **Arquivos em Odontologia**, v. 54, 2018.

TONMUKAYAKUL, U.; ARROW, P. Cost-effectiveness analysis of the atraumatic restorative treatment-based approach to managing early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 45, n. 1, p. 92-100, 2017.

WAMBIER, D. S. *et al.* Ultrastructural and microbiological analysis of the dentin layers affected by caries lesions in primary molars treated by minimal intervention. **Pediatric Dentistry**, v. 29, n. 3, p. 228-234, 2007.

WAMBIER, D. S.; PAGANINI, F.; LOCATELLI, F. A. Tratamento restaurador atraumático [estudo da sua aplicabilidade em escolares de Tangará/SC]. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr**, v. 3, n. 2, p. 09-13, 2003.

YOUNG, D. A.; FEATHERSTONE, J. D. Caries management by risk assessment. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 41, n. 1, p. e53-e63, 2013.

**A CONTRIBUIÇÃO DAS UNIVERSIDADES
NA VIGILÂNCIA DA CONCENTRAÇÃO DE
FLUORETOS NA ÁGUA DE ABASTECIMENTO
PÚBLICA E MINERAL PARA O CONSUMO
HUMANO NO ESTADO DO PARANÁ**

Rafael Gomes Ditterich | Pablo Guilherme Caldarelli |
Marilisa Carneiro Leão Gabardo | Cristiane Matsuo de
Oliveira Piorunneck | André Luis Cândido da Silva | Gabriela
Silva Almeida | José Luiz Nishihara Pinto

INTRODUÇÃO

A importância da ação dos fluoretos no controle da doença cárie tem sido comprovada ao longo dos anos. Com isso, várias formas de administração têm sido empregadas e estudadas com a finalidade de abranger a maior parte da população com o menor custo possível. Dentre elas, pode-se citar a fluoretação das águas de abastecimento público como

o veículo mais seguro, efetivo e econômico [PINTO, 1992]. Uma importante publicação do Centro de Controle de Doenças e Prevenção dos Estados Unidos [CDC, 1999] apontou a água fluoretada artificialmente entre as 10 principais medidas de saúde pública do século XX, pois a fluoretação conseguiu controlar a grande epidemia de cárie dentária que ocorria no mundo. Por meio desse método, o fluoreto age de maneira sistêmica, se ingerido no período pré-eruptivo, e de maneira tópica, após a erupção dos dentes, durante a ingestão da água e quando esta retorna à cavidade bucal pela saliva e fluido gengival [CURY, 2001].

No Brasil, a primeira cidade a fluoretar suas águas de abastecimento foi Baixo Guandu-ES, em 1953. No estado do Paraná, a fluoretação teve início no município de Curitiba no ano de 1958. A lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, dispõe sobre a obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público em localidades onde exista Estação de Tratamento de Água (ETA). Assim como a Portaria do Ministério da Saúde nº 635, de 25 de dezembro de 1975, aprova e determina normas e padrões a serem seguidos para a correta fluoretação das águas, desde a concentração a ser utilizada, de acordo com as médias das temperaturas máximas anuais de cada região, até os compostos recomendados [BRASIL, 1974, 1975; KOZLOWSKI; PEREIRA, 2003; NARVAI, 2000; SCHNEIDER FILHO *et al.*, 1992].

A opção brasileira pela fluoretação das águas é em decorrência de sua extensão territorial e porque o método possibilita estender os benefícios do flúor independentemente da condição socioeconômica da população [KOZLOWSKI; PEREIRA, 2003]. Quanto a este aspecto, a fluoretação das águas tem sido considerada como o método mais equânime de controle de cárie, uma vez que é capaz de reduzir o impacto das desigualdades socioeconômicas na experiência desta doença [BALDANI *et al.*, 2004].

Atualmente, verifica-se que os indivíduos estão sendo expostos a várias fontes de fluoretos (dentifrícios, enxaguatórios bucais, suplementos fluoretados, fórmulas infantis, entre outros), os quais são distribuídos de forma indistinta, tanto para áreas com água de abastecimento fluoretada como não fluoretada [CANGUSSU *et al.*, 2002; MASCARENHAS, 2000].

Diante dessa nova realidade, evidências sugerem que a múltipla

exposição a esses diferentes veículos contribuiu para o declínio da cárie, ao mesmo tempo em que se constata um aumento da fluorose dentária [BROWNE; WHELTON; O`MULLANE, 2005; MASCARENHAS, 2000; MOYSÉS *et al.*, 2002; SILVA, 2013].

Diversos estudos evidenciam que o nível ótimo, em termos de risco/benefício, de fluoreto nas águas de abastecimento público para a redução da doença cárie, encontra-se entre 0,7 a 1,2 ppm F, de acordo com a temperatura média anual de cada localidade [PINTO, 1992; KOZLOWSKI; PEREIRA, 2003; OMS, 1994]. Segundo Pinto [1992], quando a dosagem é excessiva e é administrada por longos períodos de tempo, pode ocorrer fluorose dentária já a partir de 1,2 ppm F diário, embora somente nos limites entre 2 a 8 ppm F se constatem níveis moderados ou severos desta doença.

Nesta linha de raciocínio, os mecanismos de sistemas de vigilância são fundamentais para a melhoria da qualidade da água a ser fornecida à população, sendo, portanto, indispensável à ação correta da empresa responsável pelo seu tratamento e fluoretação [MAIA *et al.*, 2003]. Para se compreender o sistema de fluoretação das águas de abastecimento é de fundamental importância saber a diferenciação entre os termos: Controle Operacional e Sistema de Vigilância ou Heterocontrole.

Controle Operacional refere-se aos mecanismos de controle sobre o processo de fluoretação nas ETAs, sendo executado pela empresa de saneamento, no sentido de prevenir ou corrigir eventuais problemas na operação do sistema. Para tanto, esse controle deve incluir várias mensurações diárias, com o estabelecimento de médias, máximas e mínimas em cada dia, permitindo avaliação constante do processo em cada ETA, adutoras e distribuidoras [DANTAS *et al.*, 1996; SCHNEIDER FILHO *et al.*, 1992].

Os sistemas de vigilância ou heterocontrole, por outro lado, tem o objetivo de acompanhar a execução da medida, a partir dos seus efeitos na água oferecida ao consumidor, em diferentes localidades do município, por meio do exame de amostras coletadas em torneiras, ou seja, na ponta da rede de abastecimento. Esta vigilância é realizada por instituições públicas ou entidades privadas, distintas da empresa responsável pela fluoretação

[SCHNEIDER FILHO *et al.*, 1992]. Este mecanismo de vigilância favorece o controle social da medida de flúor, permitindo a divulgação da situação encontrada à sociedade e suas organizações civis [DANTAS *et al.*, 1996].

A portaria nº 2.914/2011, do Ministério da Saúde, dispõe sobre os parâmetros de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano; entretanto, suas disposições não se aplicam às águas minerais ou às adicionadas de sais, destinadas ao consumo humano após o envasamento. O decreto-lei nº 7.841/1945, conhecido como Código de Águas Minerais, e ainda hoje em vigor, estabelece o que são águas minerais. Por sua vez, a Resolução de Diretoria Colegiada nº 274/2005 [RDC 274/2005], emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], aprova o regulamento técnico para águas envasadas e conceitua as águas adicionadas de sais [BRASIL, 1954; 2005; 2011].

Segundo Sayed *et al.* [2011] e Garbin *et al.* [2014] é preciso verificar se a presença de flúor nas águas envasadas ocorre em quantidade suficiente para prevenir a cárie, ou ainda, se representa risco significativo de fluorose, pois, assim, a população poderá se beneficiar dessas informações antes de decidir qual água consumir.

Uma revisão sistemática realizada por Venturini e Frazão [2015] buscando artigos nas bases de dados: Lilacs, PubMed e Scopus sobre a concentração de fluoretos em água engarrafada publicados em revistas científicas especializadas entre 2008 e 2012, examinando suas implicações para a vigilância em saúde pública, encontrou somente 22 [vinte e dois] artigos sobre o assunto. Destes, 68,2% informaram tanto o número de amostras como de marcas recolhidas; 81,8% examinaram produtos coletados em somente uma cidade ou área metropolitana; 77,3% avaliaram os achados usando critério lícito; 45,5% compararam os valores observados na amostra com aqueles informados no rótulo, sendo notadas discrepâncias significativas. A discrepância entre o valor observado e o divulgado no rótulo do produto foi bastante comum, reforçando as advertências reclamadas por vários pesquisadores. Os parâmetros que definem risco para saúde e instruem o conteúdo da rotulagem deveriam ser revisados.

Deste modo, é fundamental a divulgação das estratégias e processos

de vigilância da concentração de fluoretos na água de abastecimento pública e mineral para o consumo humano, realizada pela integração ensino-serviço produzida no estado do Paraná. Experiências como estas devem ser relatadas para o fortalecimento das ações de vigilância em saúde bucal e reconhecidas como importantes na garantia da qualidade da água para o consumo humano para a população.

A HISTÓRIA DA FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO NO ESTADO DO PARANÁ

Historicamente, em 1958, Curitiba foi a primeira capital brasileira e quarta cidade do país a fluoretar a água para consumo humano, resultado de um trabalho pioneiro de cirurgiões-dentistas da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Paraná [SESA-PR] [MOYSÉS *et al.*, 2002]. A primeira estação de tratamento de água a receber a fluoretação foi a Tarumã, aos 20 dias do mês de outubro. Com apoio do Dr. Omar Sabbag, que havia viajado aos Estados Unidos da América, para conhecer a fundo implementação do sistema de fluoretação, novas tecnologias foram trazidas para a cidade. A fim de serem verificadas as questões epidemiológicas resultantes da exposição à fluoretação, foi realizado em levantamento com escolares de 7 a 12 anos de idade, o que indicou uma redução média em todas as idades de 39,4% [AMARANTE, 2006].

No Paraná, até 1982, apenas 17 cidades tinham água fluoretada, abrangendo uma população em torno de 2.550.211 habitantes, ou seja, à época representava aproximadamente 47% da população [AMARANTE, 1992]. Nesse mesmo ano, foi criado, por portaria emitida pelo Ministério da Saúde, o Grupo de Trabalho de Odontologia [GT-Odonto], o qual alocaria recursos para a expansão da fluoretação, desde que as companhias de saneamento dos Estados se propusessem a assumir em conjunto a manutenção dos sistemas e apresentassem projetos adequados, com base em capacidade física e recursos humanos. O então nomeado em 1983, para a Divisão de Odontologia Social [DOS], Dr. Lauro Consentino Filho, recebe em Curitiba-PR o Dr. Vitor Gomes Pinto, com o intuito de ser feita uma

avaliação do programa paranaense de ampliação da fluoretação. A partir disso, a DOS elabora um projeto denominado “Fluoretação de águas, sua necessidade e benefícios”, tratado de modo bastante polêmico no meio [AMARANTE, 2006].

Desde março de 1983 uma modificação considerável no ritmo da fluoretação no estado ocorreu, fundamentada em um processo de conscientização política acerca da necessidade de expansão da fluoretação por meio das redes de abastecimento de água, em virtude dos elevados índices da doença cárie dentária. No mesmo ano, em julho, em Curitiba-PR aconteceu o I Encontro Sobre a Utilização do Flúor na Prevenção da Cárie Dentária. Dado o desfecho obtido nesta ocasião, a SESA-PR decidiu promover mais dois encontros regionais, em Londrina-PR e em Ponta Grossa-PR. O saldo desses encontros foi a sensibilização de atores responsáveis por tomadas de decisões, em níveis estratégicos de governo, sobre os benefícios da medida para a prevenção da cárie. Desta forma, foi consensual a decisão de que a fluoretação seria implantada de modo progressivo nas cidades do Paraná, sendo tal proposta considerada tecnicamente viável [AMARANTE, 1992].

Em termos de expansão da cobertura populacional, Amarante [1992] ressalta que existem pontos fundamentais a serem considerados que ainda devem sustentar a medida de modo a ser evitada sua interrupção, a exemplo do ocorrido em Curitiba-PR. Dentre estes pontos deve-se considerar o custo envolvido, o suporte financeiro que custeia todo o processo de manutenção a ser assumido pelo poder público, além de uma consciência de saúde pública, com destaque para os formuladores e tomadores de decisão política, econômica e técnica no Estado. Ainda em 1983 foi convocada uma reunião na Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa, que resultou em um pronunciamento, em 27 de junho de 1984, do Deputado Nilson Sguarezzi, confirmando que o Estado assumiria a fluoretação. Demais procedimentos foram sendo dados nos anos seguintes para que recursos federais fossem destinados e dessem condições para a implementação do benefício. O apoio da Companhia de Saneamento do Paraná [SANEPAR] em todo esse processo foi considerado fundamental, que por meio de um projeto alternativo emitido ao Governo Federal, angariou as parcelas para que se chegasse ao montante necessário [AMARANTE, 1996].

No ano de 2013, no esforço de considerar a fluoretação das águas de abastecimento como estratégia significativa na redução da prevalência da doença cárie, sabidamente impactante na qualidade de vida da população, a Resolução nº 415 da SESA-PR [PARANÁ, 2013] constituiu um Comitê de Apoio à Política de Fluoretação das Águas de Abastecimento do Paraná, denominado “Comitê Técnico para Fluoretação”, para oferecer apoio à política de incremento e monitoramento da medida no estado.

Dados de 2016 indicavam que dos 399 municípios, 378 estavam cobertos por esta política sanitária [PARANÁ, 2016a]. Em publicação recente na Linha Guia Rede de Saúde Bucal, de 2016, confirma-se que a maioria da população tem acesso a esse benefício, com apenas algumas áreas rurais e pequenos sistemas não contemplados [PARANÁ, 2016b]. No site da SESA-PR a informação mais atualizada é a de que 385 municípios têm acesso à água fluoretada [<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2896>].

Quanto aos impactos sociais da fluoretação em 323 cidades do Paraná, Gabardo *et al.* [2008b] investigaram as associações entre Índice de Desenvolvimento Humano em nível municipal (IDH-M), tempo de exposição à medida e índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) em escolares de 12 anos de idade. Os resultados revelaram a existência de uma correlação positiva entre o desenvolvimento humano e a cronologia de implantação da fluoretação de águas nos mesmos, o que sugere que a fluoretação acompanha historicamente o desenvolvimento social local. Em termos de políticas públicas, isto deve ser visto com atenção, pois municípios com menor IDH-M apresentaram tardiamente a implantação da fluoretação. O mesmo se deu com a cárie dentária, pois cidades com maior IDH-M apresentaram menores valores de prevalências de cárie para a população pesquisada. Por fim, foi ressaltado o aspecto econômico da fluoretação, que representa uma política universal de saúde pública de baixo custo *per capita* e com alto impacto. Os autores utilizaram como exemplo desse impacto a cidade de Curitiba, a qual foi a primeira que fluoretou suas águas no Paraná, como um importante exemplo que expressa o fato, já que apresenta um dos menores índices de cárie aos 12 anos de idade no contexto brasileiro, com uma redução consistente de valores, em termos gerais, desde o início da fluoretação em 1958. Estes achados corroboram

estudos posteriores que confirmam a medida como protetora e redutora de iniquidades sociais (GABARDO *et al.*, 2008a; FRAZÃO; NARVAI, 2017).

Em síntese, embora tenha havido, ao longo das últimas décadas, algumas discontinuidades, ou atrasos na implementação da medida, a reconstrução da trajetória de fluoretação das águas de abastecimento público no estado do Paraná representa uma história de êxito.

OS ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE HETEROCONTROLE DA FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO NO ESTADO DO PARANÁ

A fluoretação da água de consumo público é o meio de uso coletivo de fluoreto (F) escolhido oficialmente no Brasil, tendo em vista que a Lei nº 6.050/1974 tornou a medida obrigatória em todas as cidades que possuem estações de tratamento. Além disso, como já estabelecido pela literatura, a ingestão de água fluoretada pode ser considerada como o meio de exposição diária de F mais significativa (MOLLER, 1982; CALDARELLI; LUCAS; SILVA, 2016). Nesse contexto, destaca-se a importância do heterocontrole dos teores de F nas águas de abastecimento público, considerando o equilíbrio entre o benefício do efeito anticárie e o risco do desenvolvimento de fluorose dental, o único efeito colateral conhecido da exposição crônica ao F (AOBA; FEJERSKOV, 2002).

Diante disso, pesquisas e estudos sobre o heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento público no estado do Paraná têm sido realizados há anos. Contudo, torna-se importante ressaltar que esses estudos têm sido pontuais e conduzidos em diversas regiões do estado por isolados grupos de pesquisas de Instituições de Ensino Superior (IES).

A Tabela 1 apresenta os principais estudos sobre o heterocontrole de F conduzidos no estado do Paraná, destacando autores/ano, os municípios/regiões em que as análises foram realizadas, o período de tempo adotado, a classificação utilizada na pesquisa para avaliações das águas segundo os teores de F e as principais conclusões.

TABELA 1 - Principais estudos sobre heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento pública conduzidos no estado do Paraná.

AUTORES	ANO	MUNICÍPIOS/ REGIÃO	PERÍODO DE ANÁLISE	CLASSIFICAÇÃO UTILIZADA (TEOR DE F)	CONCLUSÕES
UCHIDA et al.	2018	15ª Regional de Saúde - PR [23 municípios]	12 meses	CECOL/USP [2011]	Embora a maioria das amostras avaliadas apresentar-se dentro da faixa de concentração de F de melhor combinação risco-benefício, o heterocontrole não tem sido realizado.
PIORUNNECK; DITTERICH; GOMES	2017	Almirante Tamandaré - PR Araucária - PR Campo Largo - PR Colombo - PR Fazenda Rio Grande - PR Pinhais - PR Piraquara - PR São José dos Pinhais - PR	12 meses	CECOL/USP [2011]	Os municípios analisados realizaram o heterocontrole do F, porém apresentaram períodos em que o número de coletas não foi adequado, o que pode comprometer todo o processo de vigilância.
BERGAMO et al.	2015	Maringá - PR	12 meses	CECOL/USP [2011]	O município de Maringá-PR recebe água dentro da faixa de concentração de F que proporciona o melhor equilíbrio entre o benefício anticárie e o risco de fluorose dentária.
SILVA et al.	2014	Londrina - PR	12 meses	BRASIL (1975)	Ausência de padronização das concentrações de F nas águas de abastecimento público do município de Londrina-PR.
ALVES	2013	Ponta Grossa - PR	09 meses	BRASIL (1975)	As oscilações das concentrações dos teores de F com valores inaceitáveis para o município de Ponta Grossa - PR demonstram a necessidade de constante vigilância no monitoramento da concentração de F no abastecimento de água oferecida à população.
MOTTER et al.	2011	Curitiba - PR	08 meses	BRASIL (1975)	A escolha da técnica analítica interfere significativamente no processo do heterocontrole. O heterocontrole deve utilizar a mesma técnica de determinação de flúor utilizada pela empresa de tratamento de água.
WAMBIER et al.	2007	Ponta Grossa - PR	10 meses	RAMIRES et al. [2006]	Inconstância nos teores de F nas amostras coletadas no município de Ponta Grossa-PR, predominando valores acima dos aceitáveis.

Fonte: autores (2019).

Considerando a extensão territorial do estado do Paraná, em que a população de 378 municípios tem acesso à água fluoretada, sendo que apenas 21 municípios ainda não possuem sistema para fluoretação por apresentarem problemas de captação e distribuição [PARANÁ, 2016a], os estudos sobre o heterocontrole se mostram pontuais em relação aos períodos de análise, e restritos a poucos municípios/regiões. Além disso, observa-se que esses estudos utilizam classificações diferentes para avaliações das águas segundo os teores de F, dificultando padronizações e comparações entre os dados de heterocontrole encontrados nas distintas regiões do estado. Nesse sentido, destaca-se, ainda, que as mensurações dos teores de flúor variam segundo uma escala contínua de valores. Entretanto, a inclusão desses valores numa escala com apenas duas ou poucas categorias reduz as opções de interpretação e atribuição de significado às características das amostras, ou seja, uma redução interpretativa indesejável [CECOL/USP, 2011].

Com relação às principais conclusões dos estudos conduzidos no Paraná, observa-se que grande parte das pesquisas aponta ausência de padronização e oscilações nos teores de F das águas de abastecimento público, ressaltando a importância da realização do heterocontrole de maneira sistematizada, com a finalidade de fortalecer o processo de vigilância. Diante desse cenário, destaca-se que o apoio das Universidades nas análises e na produção científica tem sido importante para o avanço nessa área. Essa produção científica, sistematizando teores de fluoreto com base em amostras de águas coletadas em experiências pontuais de IES, viabiliza a oportunidade para validação de dados e informações.

Considerando que a maior parte dos municípios fluoretados do Paraná utiliza apenas dados do controle operacional, justifica-se a implantação de uma ação sistemática de coleta e análise de amostras de água, a fim de alimentar a vigilância com dados de heterocontrole dos teores de F [ELY, STEINBACH, 2017]. Em processo de articulação em todas as macrorregiões do estado e com ativa participação de IES, essa ação sistemática, denominada rede VIGIFLUOR do estado do Paraná, será abordada mais adiante neste capítulo.

A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA DA FLUORETAÇÃO NAS ÁGUAS MINERAIS NO ESTADO DO PARANÁ

No estado do Paraná, somente 04 [quatro] estudos até então foram conduzidos para avaliar a vigilância da fluoretação nas águas minerais nesta unidade da federação, sendo que todos eles foram realizados pelas Universidades [PUCPR, UEPG, UNIOESTE e UFPR] como agente externo nesse processo de vigilância.

O primeiro estudo conduzido em Curitiba-PR [BISINELLI; HARARI; MATTIOLI, 2006] avaliou a concentração do íon fluoreto em diferentes bebidas, dentre estas, quatro marcas de águas minerais, e verificaram que nas amostras avaliadas a concentração de flúor variou de 0,03 a 1 mg F/L.

Outra pesquisa realizada pela UEPG [SAYED *et al.*, 2011] analisou 50 amostras de água mineral de cinco diferentes marcas disponíveis em diversos supermercados, mercearias e lanchonetes de grande circulação do município de Ponta Grossa-PR e identificou que a concentração de flúor variou entre 0,034 e 0,142 mg F, com diferenças pouco significativas entre os valores estipulados nos rótulos da maioria das marcas de água mineral e aqueles determinados na presente investigação.

A UNIOESTE realizou pesquisa com 4 [quatro] marcas comerciais no Oeste do Paraná na qual identificou que em relação à avaliação qualitativa das amostras, por meio eletrométrico, pode-se constatar que a concentração ideal [0,6- 0,8 ppm F] ocorreu em apenas uma amostra, correspondendo a 12,5% das amostras, indicando baixas concentrações de flúor na água engarrafada e comercializada na região Oeste do Paraná [VANDRESEN *et al.*, 2015].

Estudo conduzido pela UFPR por Almeida *et al.* [2018] avaliou a rotulagem e a concentração de fluoretos em águas minerais engarrafadas no estado do Paraná. As amostras avaliadas possuíam valores declarados no rótulo variando de 0,02 a 0,33 ppm F sendo que algumas marcas citavam em seus rótulos que se tratava de “Água Fluoretada” ao invés da expressão “Contém Fluoreto”. Nenhuma amostra apresentou o nome do laboratório responsável pela análise e nem a data em que esta foi realizada, de modo a contrariar a resolução RDC nº 274/2005. Essas constatações enfatizam

a importância das empresas de informar corretamente nos rótulos as concentrações reais de fluoretos na água mineral, sendo que estas devem ser revistas e fiscalizadas de forma contínua. Os resultados das análises laboratoriais variaram de 0,0270 a 0,2745 ppm F, no entanto, em algumas marcas comerciais os resultados divergiram com os apresentados nos rótulos de água mineral engarrafada. As concentrações de flúor nas águas minerais comercializadas na Paraná não apresentam potencial para causar fluorose dentária.

Os resultados dos estudos apresentados enfatizam a importância de informar à população usuária de água mineral engarrafada, e que os teores de fluoretos presentes devem ser revistos e fiscalizados de forma contínua. Sugere-se uma efetiva normatização e verificação desse íon pelos órgãos competentes para que o consumidor possa se beneficiar de seus efeitos, pois a legislação vigente sobre fluoretação de águas envasadas necessita de atualizações, a fim de se tornar mais objetiva e de criar novos critérios para o uso da expressão “água fluoretada” nos rótulos.

A EXPERIÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ NA CONDUÇÃO DE UM GRUPO SOBRE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA O CONSUMO HUMANO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET-SAÚDE) – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na área da Vigilância em Saúde é um programa estabelecido pelos Ministérios da Saúde e da Educação por intermédio das portarias interministeriais nº 421/MS/MEC, de 3 de março de 2010, e portaria conjunta nº 3/SG-TES/SVS/SESu, de 3 de março de 2010, que se destina a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios, pesquisas e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e estudantes da área da saúde, considerando as necessidades do SUS na área de vigilância em saúde (LINHARES *et al.*, 2013).

Visando à seleção de projetos para o PET-Saúde/VS, a Universidade Federal do Paraná (UFPR) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde

do município de Colombo, no estado do Paraná, em 2013, apresentaram proposta na área da Vigilância da qualidade da água [DITTERICH *et al.*, 2016].

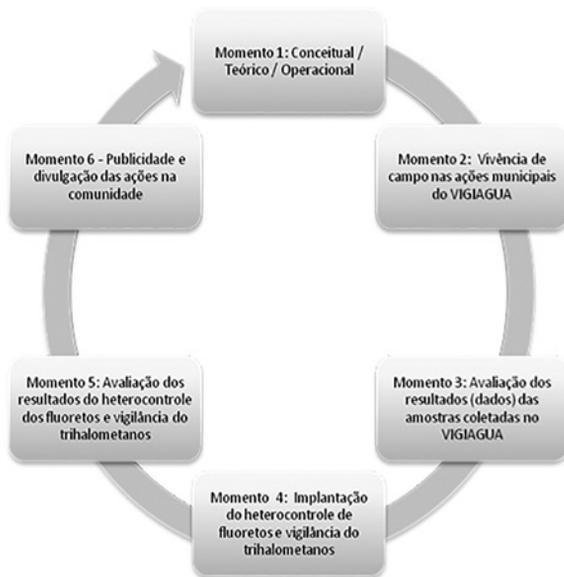
As Ações do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano [VIGIAGUA] estão inseridas na Vigilância em Saúde. O VIGIÁGUA tem por objetivo principal garantir à população o acesso à água com qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, para a promoção da saúde. O seu campo de atuação aborda todas e quaisquer formas de abastecimento de água coletivas ou individuais na área urbana e rural, de gestão pública ou privada, incluindo as instalações intradomiciliares [BRASIL, 2006].

A Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde no Brasil possui como parte integrante, a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano [VIGIAGUA], que está inserida no âmbito do Ministério da Saúde. Consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e às normas estabelecidas na legislação vigente e para avaliar os riscos que a água de consumo representa para a saúde humana. Tem como finalidade monitorar a água que é consumida pela população, quer seja distribuída por sistemas de abastecimento ou por soluções alternativas [BEZERRA *et al.*, 2005].

Segundo Brasil [2006], as ações de controle e vigilância da qualidade da água têm sido extremamente tímidas. Muitos municípios e localidades não dispõem de pessoal e de laboratórios capazes de realizar o monitoramento da qualidade da água, do manancial ao sistema de distribuição, tendo, até mesmo, dificuldades em cumprir as exigências da Portaria nº 2.914/2011 do Ministério da Saúde.

A proposta metodológica elaborada pela UFPR [DITTERICH *et al.*, 2016] foi realizada de forma integrada e articulada com o serviço, bem como contou com a participação de vários atores (gestão, controle social, usuários e academia). A proposta final construída coletivamente foi pensada e constituída por seis momentos (fases). Trata-se de seis momentos pedagógicos que obedecem a um fluxo e que se retroalimentam, além de se intercomunicarem com as ações de vigilância em saúde, tendo a pesquisa científica presente de modo transversal durante todo o processo [Figura 1].

FIGURA 1 - Proposta metodológica da UFPR no PET-Saúde/Vigilância em Saúde.



FONTE: DITTERICH *et al.* [2016]

Momento 1: Conceitual / Teórico / Operacional

Essa primeira fase foi essencial para a fundamentação teórica, organização e concepção de todo o projeto. Um dos tutores para qualificar as ações planejadas realizou o curso a distância de capacitação em Vigilância da Qualidade de Água para Consumo Humano ofertado pelo Programa de Formação de Recursos Humanos em Vigilância em Saúde Ambiental do Laboratório de Educação a Distância do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva [LABEAD/IESC] da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). As discussões teóricas semanais iniciaram com a compreensão por parte dos participantes de toda legislação vigente sobre a vigilância da qualidade da água para o consumo humano, artigos e pesquisas relacionadas com o tema. Essas discussões impactaram decisivamente na inclusão e ampliação nos conteúdos abordados das disciplinas de Saúde Ambiental no curso de Farmácia, e nas disciplinas de Saúde Coletiva II e III no curso de Odontologia.

Na questão operacional, todas as atividades, ações e pesquisas foram delineadas com o objetivo de integrar a academia-serviço-comunidade, já que o projeto desde sua fase inicial foi apresentado, discutido e aprovado em reunião do Conselho Municipal de Saúde do município de Colombo-PR.

Momento 2: Vivência de campo nas ações municipais do VIGIAGUA

Nesta etapa, os atores envolvidos vivenciaram as ações do Departamento de Vigilância em Saúde, e atuaram junto com os técnicos e servidores do processo de compreensão do sistema de abastecimento de água para o consumo humano, processo de amostragem, pontos e rotinas de coleta das amostras de água. Também foram programadas visitas técnicas às Estações de Tratamento de Água (ETA) mantidas pela SANEPAR que abastecem o município de Colombo-PR. Nesta fase, os participantes compreenderam o campo de atuação do Departamento de Vigilância em Saúde (DVS), vivenciaram as dificuldades e problemas encontrados pelos servidores e técnicos dessa área, já que verificaram que a equipe da DVS é bastante reduzida e acumula várias funções. Desta forma, constatou-se a importância da parceria estabelecida pelo PET Saúde/VS para otimizar e fortalecer as ações do VIGIAGUA no município.

Momento 3: Avaliação dos resultados (dados) das amostras coletadas no VIGIAGUA

O grupo, no momento 3, avaliou os dados disponibilizados pelo Departamento de Vigilância em Saúde do município das amostras do VIGIAGUA para a concentração de flúor (F), cloro residual e turbidez dos anos de 2012 e 2013. Todos os integrantes do grupo receberam as diversas planilhas e reuniões técnicas foram planejadas e realizadas para padronização, sistematização e avaliação dos dados. Para o componente flúor, os dados foram analisados por três critérios: I [BRASIL, 1975], II [RAMIRES *et al.*, 2006] e III [USP/FSP, 2011]. Verificou-se que não há regularidade mensal na coleta de amostras para o parâmetro flúor, o que justifica a necessidade da continuidade do monitoramento da concentração de flúor em Colombo-PR. Já no que se refere ao parâmetro cloro e turbidez, observou-se uma

variação significativa nas concentrações das amostras coletadas em cada mês dos anos de 2012 e 2013. O número de coletas e análises variou significativamente ao longo dos anos de 2012 e 2013 e não houve uma quantidade fixa mensal. Além disso, jamais houve qualquer investigação das concentrações dos trihalometanos na água daquele município, embora a concentração máxima destes subprodutos cancerígenos da cloração da água esteja contemplada na Portaria nº 2.914/2011. A partir dos resultados obtidos no município de Colombo-PR, a qualidade da água apresentou-se satisfatória, porém é possível aprimorar a sistemática de coleta para garantir regularidade e melhor cobertura da área atendida pelo abastecimento.

Momento 4: Implantação do heterocontrole de fluoretos e vigilância do trihalometanos

Para fortalecer as ações de vigilância da qualidade da água, o grupo formado por tutores, preceptores e alunos dos cursos de Farmácia e Odontologia do PET-Saúde / Vigilância em Saúde propôs a elaboração do projeto de pesquisa “Ações de vigilância e monitoramento dos fluoretos e trihalometanos na água do município de Colombo-PR”, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde como forma de garantir a continuidade da avaliação da qualidade da água para o consumo humano. A pesquisa proposta tem como objetivo produzir indicadores mensais da concentração de fluoretos e trihalometanos na água de abastecimento público para as autoridades sanitárias do município e para a comunidade, a fim de subsidiar o heterocontrole, como forma de desenvolvimento da capacidade em Vigilância em Saúde. Em dezembro de 2013, iniciou-se o heterocontrole da concentração do flúor em 19 Unidades Básicas de Saúde do município com duração de 18 meses. As amostras foram coletadas mensalmente em dias aleatórios de cada mês. As amostras de água foram enviadas e analisadas por alunos e tutores participantes no Laboratório de Pesquisa Clínica, Microbiológica e Análise Química [Lab PECMA] da Faculdade de Odontologia do Campus Universitário de Nova Friburgo da Universidade Federal Fluminense [UFF] pelo método eletrométrico, utilizando potenciômetro digital [SA-720-Procyon] com eletrodo específico para o íon flúor [96-09-Orion Research]. Já as ações de monitoramento de trihalometanos aconteceram no Laboratório de Saúde Ambiental e Pública do curso de

Farmácia da Universidade Federal do Paraná [UFPR].

Momento 5: Avaliação dos resultados do heterocontrole dos fluoretos e vigilância dos trihalometanos

O trabalho operacional do grupo nessa fase iniciou-se no 2º semestre de 2014. Os integrantes tiveram a oportunidade de familiarizar-se com a tabulação e análise dos resultados, e constataram na prática a importância dos dados se transformarem em informações para os serviços de saúde, como forma de subsidiar o planejamento e as ações no VIGIAGUA. Os resultados da concentração de fluoretos e trihalometanos demonstraram pequenas variações nos teores de fluoretos e a maioria das amostras encontrava-se aceitável. Deste modo, destaca-se a importância na continuidade das ações de heterocontrole no município, pois somente com um sistema de vigilância da qualidade da fluoretação das águas de abastecimento público eficiente, poderá se garantir os benefícios dessa medida para a população.

Momento 6: Publicidade e divulgação das ações na comunidade

Nesse momento 6, foi realizada a entrega do relatório final ao Departamento de Vigilância em Saúde [DVS] do município de Colombo-PR, boletim informativo sobre a qualidade da água referente ao parâmetro flúor nas Unidades de Saúde da Família participantes e reunião com algumas lideranças comunitárias para discutir a importância do VIGIAGUA como ação estratégica de vigilância ambiental a ser desenvolvida pelo poder público. Essas ações e atividades foram publicitadas no meio acadêmico por meio de apresentação e divulgação dos resultados em diversos eventos e encontros científicos, bem como se tornaram Trabalhos de Conclusão de Curso [TCC] dos alunos envolvidos, com publicação de 02 [dois] artigos científicos. O PET-Saúde/VS desta forma foi fundamental para o despertar científico desses alunos, já que foi observada uma escassez de trabalhos sobre vigilância ambiental no meio acadêmico.

Como fruto desse processo, de forma pioneira, no curso de Odontologia da UFPR foi então elaborada a proposta de uma disciplina

optativa de Vigilância em Saúde Bucal no ano 2017, que vem contemplando a Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano. Essa experiência com o PET-Saúde/VS, a oferta da disciplina de Vigilância em Saúde Bucal, juntamente com as publicações dos atores envolvidos nesse processo, culminaram com a aprovação do projeto de pesquisa “Vigilância da concentração de fluoretos na água de abastecimento pública e mineral para o consumo humano” no edital da Fundação Araucária – Pesquisa Básica e Aplicada 2016.

A CONSTRUÇÃO, COOPERAÇÃO E A INTEGRAÇÃO DA REDE VIGIFLUOR NO ESTADO DO PR

A fluoretação da água integra as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [PNSB] [BRASIL, 2004], e segundo o Ministério da Saúde, mais de 100 milhões de pessoas em todo o país são beneficiadas pela medida [ANTUNES; NARVAI, 2010]. Não obstante essa clara indicação da PNSB, há indícios de importante desequilíbrio macrorregional na oferta desse benefício. A cobertura da fluoretação da água seria de aproximadamente 60% da população, com as referidas desigualdades entre as regiões.

Em 21 de dezembro de 2006, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 939/06, um Comitê Técnico Assessor [CTA] visando à estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da PNSB. O comitê, de caráter consultivo, tem como objetivo maior assessorar na identificação de prioridades, formulação de diretrizes técnicas na área de Vigilância em Saúde Bucal, bem como em avaliações sistemáticas da qualidade das informações. Neste contexto, foram instituídos os Centros Colaboradores de Vigilância em Saúde Bucal [CECOL] para contribuir com a viabilização de ações de vigilância em saúde bucal desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde [SUS] [SOARES *et al*, 2017].

O Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal [CECOL] da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo [FSP/USP] foi inaugurado em 26 de novembro de 2009. O CECOL/USP tem suas ações voltadas com grande ênfase aos aspectos relacionados com

a vigilância da fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil, bem como temas associados a esta temática. A missão do CECOL/USP é assessorar instituições públicas vinculadas direta ou indiretamente ao SUS na implantação e desenvolvimento de ações de vigilância em saúde bucal, com prioridade para a fluoretação das águas de abastecimento público (<http://www.cecol.fsp.usp.br>) [SOARES *et al.*, 2017].

No projeto intitulado “Cobertura e vigilância da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil, 2010-2015 [Projeto VIGIFLUOR]” buscou-se desenvolver e aplicar instrumentos para a produção e apuração de dados sobre cobertura e vigilância da fluoretação da água em municípios de médio e grande porte demográfico, a partir de fontes variadas que incluem literatura científica, relatórios técnicos, coleta direta e análise de águas de abastecimento público, com participação de docentes universitários e especialistas das áreas de vigilância sanitária com atuação no SUS. Deste modo, foram identificados 27 Agentes do VIGIFLUOR, um para cada unidade estadual da Federação para, entre outros aspectos, efetuar rotinas de verificação e procedimentos de crítica relacionados às informações no âmbito estadual [FRAZÃO *et al.*, 2017].

No estado do Paraná, o agente indicado na proposta inicial foi o experiente e renomado prof. Léo Kriger, que além de na época ser docente da PUCPR acumulava o cargo de Coordenador Estadual de Saúde Bucal na Divisão de Saúde Bucal da SESA-PR. O prof. Léo Kriger atuou como importante agente de mudanças na estrutura da SESA-PR, promovendo um amplo debate e discussão sobre a vigilância da fluoretação da água no estado do Paraná. Promoveu a primeira aproximação e sistematização dos dados sobre a fluoretação da água de abastecimento pública juntamente com os técnicos da Vigilância Ambiental da SESA-PR e foi o grande responsável pela publicação da Resolução nº 415/2013 em 25 de julho de 2013 no Diário Oficial do Estado, no qual constituiu-se um Comitê de Apoio à Política de Fluoretação das Águas de Abastecimento Público do Paraná, denominado Comitê Técnico de Fluoretação. O comitê seria composto por um membro titular e um suplente representando a Divisão de Saúde Bucal do Departamento de Atenção às Condições Crônicas da Superintendência de Atenção à Saúde, e um membro titular e um suplente da Divisão de Vigilância sobre o Meio do Departamento de Vigilância Ambiental da

Superintendência de Vigilância da Saúde. Participariam ainda dois técnicos titulares e dois suplentes vinculados a duas regionais de saúde. No entanto, o prof. Léo Kriger permaneceu no cargo até 2016, e toda ação construída não teve continuidade.

O estado do Paraná destaca-se por ter a maior cobertura populacional por rede de abastecimento de água [89,5%]. No Paraná, a vigilância da qualidade da água é coordenada, no nível central por técnicos da Divisão de Vigilância sobre o Meio do Departamento de Vigilância Ambiental da Secretaria de Saúde do Estado. No Paraná, a estrutura física da Secretaria da Saúde para o Programa de Vigilância da Qualidade da Água conta com um laboratório central, onze laboratórios regionais e o apoio de cinco universidades estaduais [Londrina, Ponta Grossa, Maringá, Cascavel e Guarapuava], que realizam as análises microbiológicas e de turbidez. Contam ainda com equipamentos para análise de campo [para cloro/turbidez] (ELY, STEINBACH, 2017).

Quanto à cobertura nacional, o CECOL/USP identificou no Projeto VIGIFLUOR que no sul e sudeste do país mais de 70% da população urbana são beneficiados pela fluoretação, enquanto essa porcentagem é inferior a 30% na região norte [ANTUNES; NARVAI, 2010]. Contudo, não se dispõe de informações fidedignas para avaliar a extensão da cobertura dessa medida em todo o território nacional. Os dados disponíveis resultam de processos de coleta relativamente imprecisos e não validados com o emprego de técnicas adequadas. A assimetria na estrutura dos órgãos estaduais de vigilância da qualidade da água indicou a necessidade de elaborar uma proposta de plano operativo, que tenha por finalidade o fortalecimento das estruturas de vigilância em nível estadual como etapa necessária para concluir o processo de mapeamento da cobertura da fluoretação nos municípios com mais de 50 mil habitantes.

Sobre o Paraná, o grupo condutor do VIGIFLUOR identificou que não apresenta um grupo permanente de sustentação técnico-política. No Paraná, segundo relatado, a vigilância da qualidade da água cumpre o que está determinado legalmente no Programa VIGIAGUA. Por meio de uma deliberação da CIB/PR nº 104/2005, estabeleceu-se um compromisso entre o gestor estadual e os gestores municipais para cumprimento das

ações do VIGIAGUA em 100% dos municípios paranaenses, por meio do qual os municípios fariam as coletas das amostras de água e ao Estado caberia a referência laboratorial. Posteriormente foram descentralizadas as instâncias de análise laboratorial. Quanto à fluoretação, encontra-se em processo de organização a proposta de composição de um Grupo Técnico de apoio à fluoretação, o que pode possibilitar maior controle e apoio técnico interinstitucional uma vez que a vigilância é realizada por meio da análise dos relatórios das companhias de abastecimento. O apoio da universidade nas análises e na produção científica tem sido importante para avanços nesta área. Artigos científicos publicados e relatórios técnicos sistematizando teores de fluoreto, com base em amostras de águas coletadas em experiências pontuais de universidades, propiciam a oportunidade para validação de dados e informações. Considerando que 100% dos municípios fluoretados do PR utilizam apenas dados do controle operacional, salienta-se a necessidade da implantação de uma ação sistemática de coleta e análise de amostras de água, na forma de um programa, em todos os municípios do estado, a fim de alimentar a vigilância com dados de heterocontrole dos teores de flúor [ELY, STEINBACH, 2017].

Deste modo, em maio de 2017, o Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich da UFPR foi convidado a reativar e coordenar as atividades da rede VIGIFLUOR no estado do Paraná [VIGIFLUOR PR]. Desde então, uma rede estadual se fez necessário articular, devido à dimensão territorial e à distribuição dos 35 municípios com mais de 50 mil habitantes [Figura 2 e Tabela 2]. Em agosto de 2017, com a parceria dos professores: Giovana Daniela Pecharki [UFPR]; Cristina Berger Fadel [UEPG]; Mariângela Monteiro de Melo Baltazar [UNIOESTE] e Pablo Guilherme Caldarelli [UEL] e da SESA cria-se a rede VIGIFLUOR PR.

A 1ª. Reunião da Rede Nacional de Vigilância da Fluoretação da Água [VIGIFLUOR] do estado do Paraná aconteceu em Curitiba-PR, no dia 23 de novembro de 2017, em parceria promovida pela SESA-PR, a Universidade Federal do Paraná e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo [FSP-USP] com a finalidade de reativar as atividades da coordenação estadual da Rede VIGIFLUOR. Na ocasião, estrategicamente foram apresentados os objetivos do VIGIFLUOR para os coordenadores municipais de saúde bucal, responsáveis pela vigilância ambiental no âmbito do SUS,

TABELA 2 - Municípios a serem acompanhados no estado do Paraná a partir de 2017 no VIGIFLUOR.

REGIONAL	MUNICÍPIOS
1ª. Regional de Saúde	Paranaguá
2ª. Regional de Saúde	Almirante Tamandaré – Araucária – Campo Largo – Colombo – Curitiba – Fazenda Rio Grande – Pinhais – Piraquara – São José dos Pinhais
3ª. Regional de Saúde	Castro – Ponta Grossa
4ª. Regional de Saúde	Irati
5ª. Regional de Saúde	Guarapuava – Prudentópolis
6ª. Regional de Saúde	União da Vitória
7ª. Regional de Saúde	Pato Branco
8ª. Regional de Saúde	Francisco Beltrão
9ª. Regional de Saúde	Foz do Iguaçu
10ª. Regional de Saúde	Cascavel
11ª. Regional de Saúde	Campo Mourão
12ª. Regional de Saúde	Umuarama
13ª. Regional de Saúde	Cianorte
14ª. Regional de Saúde	Paranavaí
15ª. Regional de Saúde	Maringá – Sarandi
16ª. Regional da Saúde	Apucarana – Arapongas
17ª. Regional de Saúde	Ibiporã – Londrina – Rolândia – Cambé
20ª. Regional de Saúde	Marechal Cândido Rondon – Toledo
21ª. Regional de Saúde	Telêmaco Borba

FIGURA 3 - 1ª. Reunião da Rede Nacional de Vigilância da Fluoretação da Água (VIGIFLUOR) do estado do Paraná na Macroleste.



FIGURA 4 - Equipe do VIGIFLUOR PR na 1ª. Reunião da Rede Nacional de Vigilância da Fluoretação da Água (VIGIFLUOR) do estado do Paraná na Macroleste.



A 2ª. Reunião da Rede Nacional de Vigilância da Fluoretação da Água (VIGIFLUOR) do estado do Paraná aconteceu no dia 14 de setembro de 2018, no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), vinculada à Pró-reitora de Extensão, Cultura e Sociedade da UEL (PROEX/UEL). O objetivo dessa reunião foi apresentar a Rede VIGIFLUOR, sistematizar a operacionalização das ações de vigilância nas macrorregiões Norte e Noroeste do Paraná, e subsidiar e fortalecer as ações de heterocontrole do parâmetro fluoreto nos municípios com mais de 50 mil habitantes nas duas macrorregiões.

Estiveram presentes no evento coordenadores de saúde bucal da região, responsáveis pela vigilância ambiental no âmbito do SUS, responsáveis pela análise das amostras de água de abastecimento público e, também, docentes e estudantes de graduação e pós-graduação (Figura 5). O programa do evento contou com a ilustre presença do Prof. Dr. Jaime Aparecido Cury, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e membro do Grupo Gestor Nacional da Rede VIGIFLUOR, que apresentou bases conceituais e evidências científicas relacionadas à vigilância da fluoretação das águas de abastecimento. Também esteve presente o Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich, da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e

coordenador da Rede VIGIFLUOR no Paraná, que apresentou a articulação e organização da rede no estado, assim como sua sistematização e operacionalização.

Na perspectiva de trocas de experiências entre os participantes e questionamentos relacionados à rede VIGIFLUOR, foi proposta uma mesa de discussão composta pelo prof. Dr. Jaime Aparecido Cury, prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich e moderada pelo prof. Dr. Pablo Guilherme Caldarelli, da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e agente da rede VIGIFLUOR nas macrorregiões Norte e Noroeste do estado. O evento proporcionou uma importante aproximação entre os diversos atores que articulam a rede, fortalecendo de maneira significativa a proposta nessas duas macrorregiões do estado.

FIGURA 5 - Participantes da 2ª. Reunião da Rede Nacional de Vigilância da Fluoretação da Água (VIGIFLUOR) do estado do Paraná.



No dia 29 de janeiro de 2019 foi realizada reunião nas dependências da SESA-PR com objetivo de retomar as ações intersetoriais realizadas entre a Vigilância Ambiental e a Coordenação de Saúde Bucal para avaliação da fluoretação das águas e a ocorrência de fluor natural nos municípios do Paraná. Participaram representantes das áreas técnicas da Vigilância Ambiental [Alana Flemming, Celso Luiz Rubio e José Luiz Nishihara Pinto],

do Laboratório Central do Estado-LACEN [Andre S. Dedecek; SAS], da Coordenação de Saúde Bucal [Carolina de Oliveira Azim Schiler, Gabriela Afonso] e da Universidade Federal do Paraná-UFPR [André Luis Cândido da Silva e Rafael Gomes Ditterich].

Nessa ocasião foi vista com consenso a importância da fluoretação das águas na Saúde Bucal e a necessidade em fortalecer e estabelecer a articulação intersetorial e interinstitucional, com o objetivo de avaliar os dados disponíveis no VIGIAGUA, referente aos Sistemas de Abastecimento de Água [SAA] e as Soluções Alternativas Coletivas [SAC]. Foram definidos encaminhamentos para avaliação de riscos [concentrações baixas e altas íon fluoreto] por meio de controle-avaliação da concentração íon fluoreto nos municípios com população superior a 50 mil habitantes, e estabelecer estratégias visando a sensibilização dos gestores para municípios que ainda não implantaram a fluoretação da água do sistema público na sua sede urbana [11 municípios], objetivando discutir a viabilidade técnica-política e avaliação de indicadores a partir da integração Saúde Bucal e Vigilância. Foi proposto manter apoio à Rede VIGIFLUOR, ampliando ainda a participação de atores regionais para propor estudos em regiões onde já foi identificada a presença de flúor natural em SAA ou SAC, bem como levantamento epidemiológico para avaliação do índice de CPO-D [Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados]. Destacou-se ainda a importância de retomar o GT-FLÚOR como objetivo estratégico da SESA -PR revisando e atualizando a Resolução SESA nº.415/2013, a fim de ampliar as referências técnicas e formalizar a participação de instituições parceiras como Universidades [UFPR, UEL, UEPG e UNIOESTE]. Ficou preestabelecido que a SESA-PR rotineiramente disponibilizara seus dados do Programa VIGIAGUA dos municípios com Fluoretação, à UFPR para avaliação e tabulação de dados brutos do período 2017/18, referente aos resultados de análises laboratoriais informadas pelo Controle de Qualidade dos SAA e dos dados gerados pela Vigilância na execução do seu Plano de Amostragem. Destacou-se ainda a importância do Setor Saúde manter a iniciativa de promover estudos a partir da sua base de dados contida no Sistema de Informação do Programa VIGIAGUA [SISAGUA], dando continuidade e valorizando a iniciativa de 2013, quando em parceria com CECOL, compilaram-se dados dos municípios com população maior que 50 mil habitantes, referente ao período 2010

colaborando com a publicação da FSP/USP. Outro ponto de destaque discutido é a necessidade de retroalimentação dos dados e estimular a integração e articulação entre Saúde Bucal, Vigilância e referências das Universidades (UFPR; UEPG; UNIOESTE; UEL). Neste sentido, a SESA-PR por meio do nível central e regional irá fomentar a inserção de Informe Técnico para facilitar o desencadeamento de ações intersetoriais de avaliação dos dados do SISAGUA. A confiabilidade nos dados também é pauta necessária de avaliação averiguando o processo analítico dos laboratórios de referência para a Vigilância, no tocante a qualificação e atualização de metodologia analítica, meios de calibração/certificação dos equipamentos, insumos/padrões utilizados.

Atualmente a legislação nacional estabelece apenas Valor Máximo Permitido [VMP] de 1,5 mg/l [Portaria nº 2.914/11] e de 1,7 mg/l [Portaria nº 635/75 em função da média de temperatura], e foi relatado que não há posicionamento definido sobre a necessidade de normativa estadual, visto que a SESA-PR estabeleceu desde o ano de 2000 um “acordo” com a SANEPAR delimitando uma faixa ideal recomendável de dosagem de flúor, cuja concentração deve atender valor entre 0,6 a 0,9 mg/l e com media de 0,7 mg/l para íon fluoreto.

Desta forma, percebe-se que dentre os grandes desafios, o compartilhamento de responsabilidades entre os parceiros, preestabelecendo ações e estratégias conjuntas, favorecem a consolidação do VIGIFLUOR PR, propiciando melhor avaliação dos dados por parte das Universidades e Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, fortalecendo não somente as ações voltadas à Vigilância do parâmetro fluoreto na água destinada ao consumo humano, mas acompanhando os resultados da qualidade da saúde bucal como medida imprescindível para a Saúde Pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deste modo, com o relato presente neste capítulo pode-se identificar a importância da parceria entre as Instituições de Ensino Superior (IES) com

os serviços públicos de vigilância em saúde no SUS. Na área da saúde bucal, estas aproximações são recentes e desafiadoras e trazem ao debate a necessidade de formação diferenciada de profissionais cirurgiões-dentistas para uma nova realidade e contexto do SUS, pois este profissional de saúde está inserido não somente na atenção ou assistência à saúde, mas também atualmente tem papel essencial como agente transformador nas ações de vigilância em saúde bucal. Parcerias como estas desenhadas com a Rede VIGIFLUOR em todo o território nacional fomentam aproximação com os órgãos competentes e responsáveis pelo fornecimento e vigilância da água fluoretada, bem como, aqui apresentado com a parceria estabelecida e cada vez mais fortalecida entre as quatro Universidades (UFPR, UEL, UNIOESTE e UEPG) com a SESA-PR, isso tem permitido trazer à cena a importância da integração ensino-serviço, bem como, a necessidade de produção de conhecimento e garantia da qualidade da água para o consumo humano para a população no estado do Paraná.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. S. *et al.* Avaliação da concentração de fluoretos nas águas minerais comercializadas no estado do Paraná. In: **12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2018, Rio de Janeiro-RJ. Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Campinas-SP: Galoá, 2018. p. 99553-99553.
- ALVES, F. B. T. Heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento público do município de Ponta Grossa/PR. **Revista Paulista de Odontologia**, v. 35, n. 1, p. 6-12, 2013.
- AMARANTE, L. M. **A Odontologia no contexto da Secretaria da Saúde no Estado do Paraná**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 2006. 134 p.
- AMARANTE, L. M. **Flúor: benefícios e controvérsias dos programas de fluoretação no Estado do Paraná**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, Fundação Caetano Munhoz da Rocha [Instituto de Saúde do Paraná], 1992. 124 p.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360-5. 2010.
- AOBA, T.; FEJERSKOV, O. Dental fluorosis: chemistry and biology. **Critical Reviews in Oral Biology & Medicine**, v. 13, n. 2, p.155-170, 2002.
- BALDANI, M.H.; VASCONCELOS, A.G.G; ANTUNES, J.L.F.. Associação do Índice CPOD

com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 143-52. 2004.

BERGAMO, E. T. P. *et al.* Fluoride concentrations in the water of Maringá, Brazil, considering the benefit/risk balance of caries and fluorosis. **Brazilian Oral Research**, v. 29, n. 1, p. 1-6, 2015.

BEZERRA, N.R. *et al.* Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 151-156. 2005.

BISINELLI, J.C.; HARARI, S.G.; MATTIOLI, T.M.F. Concentração de flúor em bebidas das escolas de Curitiba. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica e Saúde Bucal Coletiva**, v. 10, n. 54, p. 255-9. 2006.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 7.841, de 08 de agosto de 1945**. Código de águas minerais. Diário Oficial União. 20 ago 1945.

BRASIL. **Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da fluoretação das águas em sistemas de abastecimento. Disponível em:http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/lei6050_24_05_74.pdf Acesso em: 26 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 635, de 26 de dezembro de 1975**. Aprova normas e padrões sobre fluoretação da água dos sistemas públicos de abastecimento destinada ao consumo humano. Diário Oficial da União, Brasília, Poder Executivo, DF, 26 dez. 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.469, de 29 de dezembro de 2000**. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 jan. 2001; Seção 1:18-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução nº 274, de 22 de setembro de 2005**. Aprova o regulamento técnico para águas envasadas e gelo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 22 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano**. Brasília, MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2011.

BROWNE, D.; WHELTON, H.; O'MULLANE, D. Fluoride metabolism and fluorosis. **Journal**

of Dentistry v. 33, p. 177-86. 2005.

CALDARELLI, P. G.; LUCAS, B. B.; SILVA, B. S. Contribuição da água e dentifício fluoretado na prevalência de cárie e fluorose dentária: uma abordagem baseada em evidências. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 34, n. 12, p.117-122, 2016.

CANGUSSU, M. C. T. *et al.* A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 07-15. 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Recomendaciones sobre el uso de fluoruros para prevenir y controlar la caries dental en los Estados Unidos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, n. 1, p. 59-66. 2002.

CENTRO COLABORADOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM VIGILÂNCIA DA SAÚDE BUCAL (CECOL/USP). **Consenso técnico sobre classificação de águas de abastecimento público segundo o teor de flúor**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

CURY, J. A. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: BARATIERI, L. N. *et al.* **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Ed. Santos, 2001. p. 33-68.

DANTAS, N. L. Sistema de vigilância dos teores de flúor na água de abastecimento público de Curitiba. **Divulgação em Saúde**, n. 13, p. 70-82. 1996.

DITTERICH, R. G. *et al.* Vigilância na Qualidade da Água: um trabalho multidisciplinar do PET - Vigilância em Saúde / UFPR. **Espaço para a Saúde**, v. 17, p. 258-265, 2016.

ELY, H. C.; STEINBACH, M. Cobertura e vigilância da fluoretação das águas nos municípios com mais de 50 mil habitantes da região Sul. In: FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. **Cobertura e vigilância da fluoretação da água no Brasil: municípios com mais de 50 mil habitantes**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2017. p. 160-73.

FRAZÃO, P. *et al.* Justificativa e percurso metodológico da pesquisa. In: FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. **Cobertura e vigilância da fluoretação da água no Brasil: municípios com mais de 50 mil habitantes**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2017. p. 42-65.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Water fluoridation in Brazilian cities at the first decade of the 21st century. **Revista de Saúde Pública** , v. 51, 2017.

GABARDO, M. C. *et al.* Inequalities in public water supply fluoridation in Brazil: an ecological study. **BMC Oral Health**, v. 9, 2008a.

GABARDO, M. C. L. *et al.* Water fluoridation as a marker for sociodental inequalities. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 36, n. 2, p. 103-107, 2008b.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Concentração de flúor em águas envasadas: análise laboratorial e da legislação relacionada. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 19, n. 3, p. 323-328. 2014.

KOZLOWSKI, F. C.; PEREIRA, A. C. Métodos de utilização do flúor sistêmico In: PEREIRA,

- A. C. *et al.* **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 265-74.
- LINHARES, M. S. C. *et al.* Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 679-692. 2013.
- MAIA, L. C. *et al.* Controle operacional da fluoretação da água de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 661-7. 2003.
- MASCARENHAS, A. K. Risk factors for dental fluorosis: A review of the recent literature. **Pediatric Dentistry**, v. 22, n. 4, p. 269-277, 2000.
- MOLLER, L. J. Fluorides and dental fluorosis. **International Dental Journal**, v. 32, n. 2, p. 135-147, 1982.
- MOTTER, J. *et al.* Análise da concentração de flúor na água em Curitiba, Brasil: comparação entre técnicas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 120-125, 2011.
- MOYSÉS, S. J. *et al.* Fluorose dentária: ficção epidemiológica? **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 12, n. 5, p. 339-46, 2002.
- NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 381-92, 2000.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Los fluoruros y la salud bucodental**: informe de um Comitê de Expertos de la OMS en el Estado de Salud Bucodental y el Uso de Fluoruros. Genebra. 1994. [Série de informes técnicos: 846].
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016a. 200 p.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução SESA nº 415**, de 25 de julho de 2013. Diário Oficial do Estado n. 9.007, 2013.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha guia rede de saúde bucal**. Curitiba: SESA, 2016b. 92 p.
- PEREIRA, A. C. *et al.* Prevalência de cárie e fluorose dentária em escolares de cidades com diferentes concentrações de flúor na água de abastecimento. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 34-39, jan. 2001.
- PINTO, V. G. **Saúde Bucal**: Odontologia social e preventiva, 3. ed., São Paulo: Editora Santos, 1992.
- PIORUNNECK, C.M.O; DITTERICH, R.G.; GOMES, E.C. Heterocontrole da fluoretação nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba nos anos de 2014 e 2015. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 414-422, 2017.
- RAMIRES, I. *et al.* Heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público em Bauru., SP, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 883-889, 2006.
- SAYED, N. *et al.* Concentração de flúor em águas minerais engarrafadas comercializadas

no município de Ponta Grossa-PR. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 40, n. 4, p. 182-6, 2011.

SCHNEIDER FILHO, D. A. *et al.* **Cadernos de Saúde Bucal 2 – fluoretação da água: como fazer a vigilância sanitária?** Rio de Janeiro: Rede Cedros; 1992.

SILVA, M. F. A. Prevenção da cárie dentária. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 6. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2013. p. 479-539.

SILVA, L.F. B. *et al.* Teores de flúor nas águas de abastecimento público de Londrina [PR] no ano de 2011. **Geographia Opportuno Tempore**, v. 1, n. 2, p. 380-397, 2014.

MOYSÉS, S. J. **Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. 198 p.

VANDRESEN, K. S. Quantificação de íons fluor em águas engarrafadas e comercializadas no oeste do Paraná. **Arquivos do MUDI**, v. 19, n. 1, p. 38-44. 2015.

VENTURINI, C. Q.; FRAZÃO, P. Fluoride concentration in bottled water: a systematic review. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 460-467. 2015.

UCHIDA, T. H. *et al.* Heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público da 15ª Regional de Saúde do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n. 1, p. 61-69, 2018.

WAMBIER, D. S. *et al.* Análise do teor de flúor nas águas de abastecimento público de Ponta Grossa-PR: dez meses de heterocontrole. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 13, n. 1/2, p. 65-72, 2007.

SOARES, C. C. S. *et al.* Manual de credenciamento do agente do Programa VIGIFLUOR. In: FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. **Cobertura e vigilância da fluoretação da água no Brasil: municípios com mais de 50 mil habitantes**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2017. p. 67-86.

A ODONTOLOGIA NAS INSTITUIÇÕES PARTICIPATIVAS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO PARANÁ

Christiane Luiza Santos | Andrea Luiza Currelino Braga |
Mariângela de Assis Gomes Fortes | Richelliany Julião dos Santos
Cardoso | Rafael Gomes Ditterich | Huáscar Fialho Pessali

INTRODUÇÃO

A participação da sociedade nas ações, serviços e políticas de saúde no Brasil está atrelada aos movimentos internacionais pela participação da comunidade nas ações de saúde, em especial na América Latina. No contexto brasileiro, ela se associa mais fortemente ao surgimento dos novos movimentos sociais e na conformação do movimento sanitarista, com muita visibilidade na própria Reforma Sanitária [ROCHA, 2008].

No âmbito internacional na década de 1970, o termo participação comunitária surgiu como um elemento a ser incorporado nos programas de extensão da cobertura de saúde que eram preconizados pelas agências

internacionais de saúde para a América Latina. Tal participação envolvia o aproveitamento do trabalho não qualificado das populações em ações de saúde e a visão da comunidade como organização capaz de conseguir melhorias sociais. Posteriormente, a categoria “comunidade” foi substituída por “povo.” Com isso foi possível vislumbrar o conjunto maior de excluídos historicamente do acesso a bens e serviços de saúde, que foi então convidado a fazer parte da saúde e ter voz. Com isso o lócus de participação deixou de ser o serviço de saúde para ser a relação Estado–sociedade [OMS, 1978; CARVALHO, 1995; ESCOREL; MOREIRA, 2012].

No Brasil, esta mudança foi delineada junto ao surgimento dos movimentos sociais e, mais especificamente, ao movimento sanitarista nas décadas de 70 e 80. O movimento sanitarista foi um movimento plural e suprapartidário, considerado a primeira e mais forte “comunidade política” que o Brasil já teve [TEIXEIRA, 2013]. Ele conseguiu agregar vários atores orgânicos da área de saúde – academia, movimentos estudantis, associações de representação de profissionais de saúde, centrais sindicais, comunidades eclesiais de base [CEBs], movimentos populares pela saúde, além de membros do Legislativo e Executivo e tecnocratas do governo vigente. Essa comunidade se caracterizava pela atuação de

 pessoas com militância múltipla, que transitavam nos diferentes ambientes (partidários, de movimentos de base, da academia) e que iam transformando os lugares por onde passavam, e misturavam de forma “ecléctica” elementos dos ideários participativos da época [TEIXEIRA, 2013, p. 60].

A agregação de distintos atores dialogando e discutindo sobre como deveria se organizar o novo Sistema Nacional de Saúde teve implicações no relacionamento Estado–sociedade [BRASIL, 2006] e serviu de inspiração para outras áreas políticas. Para Souza [2011, p. 16], o movimento sanitarista teve duas influências “decisivas para os desdobramentos seguintes: a criação de espaços participativos (como as plenárias e conselhos comunitários) e a paulatina entrada da sociedade civil na arena institucional”. A participação social como elemento estruturante do sistema nacional de saúde estava na agenda da Reforma Sanitária dos anos 1970, que “compreendia como

indissociáveis as lutas contra a ditadura militar, pela democratização do poder público e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado” [ESCOREL; MOREIRA, 2012, p.868].

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde [CEBES], publica o documento “A questão democrática na área da Saúde” [CEBES, 1980] em que sistematiza as propostas para a Reforma Sanitária brasileira. O documento, além das questões próprias da área da saúde, traz à tona a necessidade de uma participação autêntica da população organizada, “em todos os níveis e etapas na política de saúde”, transformando “os beneficiários em voz e voto em todas as instâncias” [CEBES, 1980, p. 9], ou seja, dentro do aparato estatal e de forma descentralizada.

Além do discurso participativo, o ideário do movimento sanitariaista traz ainda no seu cerne um posicionamento que rompe a concepção maniqueísta da relação Estado-sociedade. O movimento sanitário reconhece o Estado como lócus de conflito de interesses contraditórios [BRASIL, 2006]. Por isso propõe o diálogo entre este e a sociedade de modo que o “Estado teria [um] forte papel, mas incluiria a voz e o voto da população” [TEIXEIRA, 2013, p. 59] nas suas decisões. Assim, “o órgão [o SUS] deve ter poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado e empresarial, sendo controlado permanentemente pela população por meio de suas organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados” [CEBES, 1980]. Então na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 ficou consubstanciada a proposta do movimento sanitário de Reforma da Política de Saúde Nacional, propondo o Sistema Único de Saúde [SUS] universal, integral, equânime e com a participação da sociedade. E para garantir esta participação no novo sistema pelos usuários, a 8ª Conferência preconizou a criação em nível municipal e estadual de conselhos de saúde compostos por membros eleitos pela comunidade [usuários e prestadores de serviços] que permitissem a participação da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. A Conferência propunha ainda a reformulação do Conselho Nacional de Saúde [ESCOREL; MOREIRA, 2012].

A regulamentação do SUS ficou a cargo da Lei n. 8.080/90, mas os artigos que tratavam do financiamento e da participação da sociedade

foram vetados pelo então Presidente Fernando Collor de Melo. Em decorrência desses vetos, a sanção da Lei n. 8.142/90 recuperou alguns dos pontos vetados na lei anterior e instituiu o controle social na saúde [BERTOLOZZI; GRECO, 1996]. Desta forma as Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 são consideradas as leis orgânicas da saúde no Brasil.

A Lei no. 8.142/90 determina que a participação da sociedade no SUS se dará por meio de duas instâncias colegiadas: os conselhos de saúde e as conferências de saúde. O texto legal discorre que

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. [BRASIL, 1990]

A Lei n. 8.142/90 não estipulou a composição exata entre os segmentos, somente a paridade com o segmento usuário. A sua definição foi proposta pela resolução 33/1992 do Conselho Nacional de Saúde, que foi ratificada mais tarde pela Resolução n. 333/2003. A composição estabelecida foi que 50% dos representantes seriam do segmento usuário [sociedade civil organizada], 25% de trabalhadores de saúde, 12,5% de gestores e 12,5% de prestadores de serviços. Isso seria aplicado tanto para os conselhos de saúde como nas conferências de saúde. Nos estados e municípios, então, essas instâncias de participação foram constituídas e adaptadas, fazendo parte de sistemas locais e regionais de formulação e controle das políticas públicas de saúde.

Este capítulo tem objetivo descrever a participação específica dos profissionais trabalhadores da odontologia e a presença da temática de saúde bucal nas instituições participativas da saúde no estado do Paraná. Após uma introdução sobre a evolução histórica da participação da sociedade nas políticas de saúde, a seção seguinte descreve a participação da odontologia na reforma sanitária na década de 80 e nas Conferências Nacionais e temáticas de saúde bucal, bem como a sua presença no Conselho Nacional de Saúde (CNSA) desde a instituição do SUS em 1990. A terceira seção discorre sobre a presença da odontologia no conselho e nas conferências estaduais no estado do Paraná desde 1990. A última seção resume o que foi apresentado e reitera a importância da presença da odontologia nestes espaços como forma de manutenção e avanço na política de saúde bucal.

A SAÚDE BUCAL NOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DE REPRESENTAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

De forma sincrônica ao desenvolvimento de vários movimentos sociais em prol da democratização da saúde, em 1984 surge o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), um movimento da categoria odontológica que participou da Reforma Sanitária Brasileira (SOARES *et al.*, 2016). Ele teve como precursor o MBROESP [movimento dos odontologistas do estado de São Paulo] que visava inserir-se nas entidades representativas da odontologia paulistana como o Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP), Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD) e Sindicato dos Odontologistas (SOARES, 2014; SOARES *et al.*, 2016). Dentre suas pautas destacavam-se a luta pelas liberdades políticas, a posição contrária à mercantilização da prestação de serviços odontológicos, a defesa da expansão desses serviços pela municipalização, o controle das instituições pela população organizada, aumento de recursos para a assistência odontológica com uso de tecnologia nacional, recursos humanos adequados à realidade socioeconômica e epidemiológica do país, dentre outros (SOARES *et al.*, 2016).

O MBRO se constituiu em um espaço importante de formação política

para os cirurgiões dentistas, o que permitiu a ocupação de posições em várias coordenações municipais e estaduais de saúde bucal por muitos dos seus militantes no movimento sanitário. Em seguida, os sanitaristas iniciam a construção de espaços de discussão por uma saúde bucal pública e de qualidade, como o de Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos em 1984 [Enatespo] e, ainda, de entidades como a Federação Interestadual de Odontologistas (FIO) [SOARES, 2014; SOARES *et al.*, 2016].

Às mobilizações oriundas do MBRO, Enatespo e FIO agregaram-se professores universitários, coordenadores, técnicos de saúde bucal e estudantes de odontologia que foram se envolvendo na Reforma Sanitária Brasileira e nos seus espaços de militância como o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Esta ampliação do movimento permitiu que polos críticos da saúde bucal fossem criados em vários locais do país como Brasília, São Paulo e Curitiba. Esse processo culminou com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986, e suas respectivas etapas estaduais. Suas discussões locais abriram espaço para que seus participantes atuassem como delegados na Conferência Nacional. [SOARES, 2014; SOARES *et al.*, 2016].

As Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde Bucal

As Conferências Nacionais fazem parte da tradição política brasileira. As primeiras a serem convocadas foram as da Saúde e da Educação, em 1941, pelo governo Vargas. Mas foi a partir da experiência da 8ª Conferência Nacional de Saúde que as conferências se transformaram em espaços de interlocução entre Estado e sociedade [SANTOS, 2015]. Pogrebinski e Santos [2011] ao avaliarem o impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional, mensuram que, entre 2003 e 2008, tiveram tramitação iniciada 2.233 projetos nas duas Casas do Legislativo, além de 163 PECs apresentadas, 216 leis aprovadas e 6 emendas constitucionais promulgadas com pertinência temática às resoluções estabelecidas nas Conferências Nacionais. Tais dados demonstram a importância das

Conferências para o delineamento de algumas políticas setoriais.

A temática da saúde bucal foi trabalhada de forma específica em três Conferências Nacionais de Saúde Bucal, para as quais foram realizadas etapas prévias nos estados e municípios. Elas congregaram diversos setores da classe odontológica [academia, entidades de classe, associações diversas, e servidores públicos] juntamente com a sociedade e o Estado para a discussão das diretrizes na Política Nacional de Saúde Bucal.

A 1ª CNSB realizada em consonância com a 8ª CNS trouxe a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral dos indivíduos e, portanto, um direito de todos e um dever do Estado [BRASIL, 1986b; MOYSÉS, 2013]. Esta conferência temática propôs a implementação pelo Estado brasileiro de uma política nacional de saúde bucal com base nas necessidades da população, a criação de um sistema de vigilância epidemiológica para a saúde bucal, e o uso das dimensões sociais, econômicas e políticas em seus dados [BRASIL, 1986b].

A 2ª CNSB [1993] trouxe a saúde bucal como um direito de cidadania em seu tema central. Ela reforçou o papel indutor do Estado na criação de políticas públicas de saúde e trouxe a necessidade de que as políticas de saúde bucal devem favorecer a transformação da prática odontológica, por meio da incorporação de novas tecnologias, de transformação dos processos de trabalho e ainda, de recursos humanos preparados para o desenvolvimento de ações coletivas de saúde. Reforçou a necessidade de ampliação da fluoretação das águas como medida preventiva e ainda, aprovou outras estratégias políticas para a saúde bucal, indicando formas de financiamento e o fortalecimento do controle social por meio dos conselhos de saúde. [BRASIL, 1994]

A terceira 3ª CNSB [2004] teve como temática o acesso à saúde e a exclusão social, pois entende-se que as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são um dos mais significativos sinais de exclusão social. O relatório final da 3ª CNSB foi o ponto culminante de 2542 conferências estaduais e municipais que envolveram 83.978 participantes e foi aprovado por 883 delegados de todos os estados brasileiros mais o Distrito Federal [BRASIL, 2004]. O relatório final ainda coloca que o desafio da superação da exclusão social requer políticas intersetoriais, a integração de ações

preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo (BRASIL, 2004).

Como desdobramento desta conferência e das conferências anteriores ocorreu a construção de uma agenda política que culminou com a criação e implementação da Nova Política de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O Programa intencionou reorganizar a rede de atenção à saúde bucal num modelo centrado nas necessidades da população (MOYSÉS, 2013).

Além das conferências temáticas de saúde bucal, as Conferências Nacionais de Saúde também se constituem em um espaço privilegiado para a ampliação do debate acerca da saúde bucal. Ali a sociedade, o Estado e os trabalhadores de saúde – mais especificamente os da classe odontológica - podem discutir e deliberar acerca de questões que envolvam a saúde bucal da população brasileira. A observação destes dois espaços (conferências nacionais e conferência temática) é relevante para o entendimento da formação de uma agenda para a uma política de saúde bucal.

Após a lei n. 8142/90 que instituiu as Conferências de Saúde como espaço colegiado e participativo de proposição e avaliação das políticas de saúde, ocorreram até o momento sete CNS. Destas, duas CNS ocorreram simultaneamente a duas CNSB – a 9ª CNS e a 2ª CNSB, e a 12ª CNS e a 3ª CNSB. Considerando que a 9ª CNS foi a primeira conferência após a criação do SUS, centramos nosso foco nos relatórios finais das CNS a partir daquela até a atualidade. Usaremos aqueles documentos para identificar a presença dos representantes da classe e as demandas para a saúde bucal que ali encontraram espaço. O Quadro 1 a seguir sumariza as propostas para a saúde bucal registradas nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde.

QUADRO 1 - Resumo das principais propostas relacionadas com a Política de Saúde Bucal.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANO	PROPOSTAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
9ª	1992	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um sistema de vigilância sanitária e epidemiológica com a fluoretação das águas de abastecimento público. • Orientação para a Convocação de Conferências Temáticas dentre elas a temática da saúde bucal.
10ª	1996	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir em todas as esferas administrativas uma atenção integral à saúde bucal com ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde em todas as faixas etárias por meio da garantia de acesso. • Priorização das ações preventivas em saúde bucal, em especial a instituição da vigilância da fluoretação da água. • Ampliar e qualificar as ações de Saúde bucal para atuação em equipes multidisciplinares e com capacitação para clientela específicas como pacientes especiais por exemplo. • Descentralização dos serviços odontológicos para as unidades e serviços de saúde.
11ª	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar e realizar a Conferência Nacional de Saúde Bucal. • Implementar no SUS um programa de saúde bucal. • Garantir o atendimento médico/odontológico para pacientes especiais. • Promover e fiscalizar a fluoretação da água de todos os sistemas de abastecimento e das pastas de dente comercializadas no País. • Criar incentivos para a implementação de serviço de saúde bucal (prevenção e tratamento integral) para os municípios, garantindo a referência e contra referência no atendimento odontológico.
12ª	2003	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar e assegurar o acesso às ações integrais de saúde em todo o SUS, estendendo-as a todas as faixas etárias. • Oferecimento de atendimento básico e

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANO	PROPOSTAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
12ª	2003	<p>especializado: endodontia, prótese, atendimento à pacientes especiais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase para as crianças e outros grupos de maior risco • Distribuição de kits de escovação em todas escolas públicas, bem como a instalação de escovatórios nestas. • A equipe de saúde bucal composta por um cirurgião dentista, uma técnica de higiene dental e uma atendente de consultório dentário. • Ampliação dos recursos para a saúde bucal.
13ª	2007	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar a Política Nacional de Saúde Bucal com a criação de rede de serviços que garanta o acesso à prevenção, à promoção, ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação no âmbito da atenção básica, de média e de alta complexidade, permitindo a estruturação de linhas de cuidado na assistência odontológica e uma política específica para a infância, no que tange à prevenção de cáries e à ortodontia, além de outras especialidades. • Exigir de todas as Equipes de Saúde da Família a oferta de práticas preventivas e promocionais em saúde bucal, que devem ser realizadas nas visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, como parte indissociável e articulada ao conjunto das rotinas promocionais de saúde. • Reorganizar a atenção básica em saúde bucal, de acordo com a Estratégia de Saúde da Família, cuidando para que a expansão da saúde bucal escolar e da assistência especializada via CEOs (Centro de Especialidades Odontológicas) não sejam predatórias, substitutivas e desestruturantes da atenção em saúde bucal, mas sim complementares. • Garantir que o cirurgião-dentista, o auxiliar de consultório dental e o técnico de higiene dental, membros da equipe de saúde bucal [ESB], sejam incorporados à equipe mínima dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família. • Realização da 4ª Conferência Nacional Saúde Bucal ainda em 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANO	PROPOSTAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
13ª	2007	<ul style="list-style-type: none"> • Que os conselhos estaduais e municipais 14. de saúde, à semelhança do CNS, constituam câmaras técnicas de assessoramento referentes às políticas e aos temas relacionados à saúde bucal.
14ª	2011	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar financiamento tripartite para desenvolvimento das ações e serviços em saúde bucal em todos os níveis de atenção; em atividades de promoção, prevenção e cura, inclusive fazendo uso das novas tecnologias e das diversas especialidades da Odontologia Moderna: Ortodontia, Implantodontia e Prótese. • Ampliar a cobertura das ações de Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, considerando as linhas de cuidado, visando a sua promoção, proteção e recuperação de forma integral, com acesso universal e igualitário à população, inclusive em serviços de urgência e emergência. • Reiterar o fortalecimento do Controle Social no SUS e a necessidade de convocação da 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. • Garantir o cumprimento da Política Nacional de Saúde Bucal e ampliação da cobertura do cuidado em todas as faixas etárias, nos três níveis de complexidade assegurando: a implantação da Estratégia de Saúde Bucal [ESB], preferencialmente, na modalidade tipo II, segundo a demanda, obedecendo a relação no mínimo de uma ESB para uma Estratégia de Saúde da Família [ESF]; o atendimento às pessoas em situação especial (população carcerária, acamados, portadores de doença infectocontagiosas, entre outros) em local adequado; a implantação de Centro de Especialidade Odontológica [CEO], Unidades de Pronto Atendimento e urgência odontológica e atendimento ambulatorial; a assistência odontológica nos serviços hospitalares de média e alta complexidade; a realização de levantamento epidemiológico em saúde bucal periódico e a viabilização de consultórios odontológicos portáteis somente em regiões de difícil acesso.
15ª	2015	<ul style="list-style-type: none"> • *Relatório Final ainda não publicado

Fonte: Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde de 1992-2015. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br>.

Ao longo da história das Conferências, vê-se a presença constante da temática da política de saúde bucal, bem como a evolução de suas demandas. Estas se deslocaram da solicitação para a criação de uma Política Nacional de Saúde Bucal, para propostas mais específicas e direcionadas a questões a serem sanadas após a sua implantação, como o Brasil Sorridente em 2003.

A 9ª e a 10ª Conferência tinham em suas propostas para a saúde bucal a busca da efetivação dos princípios do SUS recém instituídos, com a integralidade das ações em saúde bucal por meio de ações de promoção, prevenção (fluoretação das águas) e recuperação. Elas traziam propostas de ações de saúde realizadas por equipes multidisciplinares e descentralizadas, orientadas pela promoção da saúde e capacitadas para complexidades específicas inerentes ao acesso universal.

Em 2004, um ano depois do lançamento do Brasil Sorridente e no ano em que as Diretrizes Nacionais da Política Nacional de Saúde Bucal são lançadas, foi realizada a 11ª Conferência. Suas propostas foram exatamente voltadas à implementação daquelas diretrizes. E a seguir, na linha do tempo, as propostas se deslocam para a configuração da rede de saúde bucal, no intuito de ofertar a atenção integral com ações na atenção primária, especializada e hospitalar.

A partir dali, entram no debate o financiamento de saúde bucal, a necessidade de ações orientadas para a promoção e prevenção em saúde bucal, o processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária, a atenção especializada e o fortalecimento do controle social. Chama a atenção a recorrência de propostas demandando a 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, a ampliação de Equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família, e a integração da equipe de saúde bucal à equipe mínima de Estratégia de Saúde da Família. A repetição de pautas evidencia as propostas que não são efetivadas após o processo deliberativo nestes espaços participativos.

A não realização desde 2004 de uma Conferência Temática de Saúde Bucal, fez com que a Conferência Nacional de Saúde se tornasse um espaço de relevância para o debate sobre o tema, permitindo a construção coletiva e com diversas vozes acerca das diretrizes da política de saúde bucal. Além

disso, a importância da conferência de saúde é aumentada à medida que se percebe sua efetiva entrada na agenda do governo [AVRITZER; SOUZA, 2013], especialmente na ausência de uma conferência nacional direcionada ao tema.

Além das Conferências de Saúde, outro espaço instituído para a participação da sociedade e de segmentos específicos da área foi o Conselho de Saúde. Ao se pensar nestas duas instâncias participativas para a concretização da participação na Saúde buscou-se contemplar as distintas etapas da política pública, desde a definição até o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação da política de saúde, e com isso permitir um desenho a várias mãos e olhares. Vejamos então a participação dos profissionais da odontologia naqueles institutos.

A representação da Odontologia no Conselho Nacional de Saúde

A promulgação da participação da sociedade na política de saúde na Constituição de 1998 e a lei nº 8.142/90 conferiram aos conselhos a atribuição de incidir na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atuando na gestão compartilhada do sistema, nas três esferas de poder [BRASIL, 1990]. Mas o Conselho Nacional de Saúde [CNSA] é anterior à Constituição. Até então, o CNSA era um órgão consultivo do Ministério da Saúde cujos membros eram indicados pelo Ministro de Estado. Com a promulgação da lei nº 8.142/90 houve a necessidade de se rever suas atribuições e composição.

O Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990, regulamentou as novas atribuições do CNSA e definiu as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros. Essa legislação fixou a composição do CNSA entre representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Os usuários ficaram com 50% das vagas, e os outros 50% eram divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço. A composição do Conselho Nacional de 1990 foi fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde [BRASIL, 2018].

Depois disso, as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde foram aprovadas pela resolução do CNSA 333/2003. A seguir, uma nova estrutura entrou em vigor no ano de 2006, chancelado em Decreto Presidencial nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Atendendo às deliberações aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde e 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e pela primeira vez na história elege seu Presidente – cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. O CNSA passou a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores [BRASIL, 2018].

Em relação à presença de representantes da odontologia, parte-se do pressuposto que a participação política dos cidadãos é diferente e desigual, e uma das funções das instituições participativas é permitir ou promover a inserção dos segmentos relevantes no processo. Para Smith [2009], a presença é parte necessária da inclusão, pois se refere a quem está na instituição, como se insere e participa. Além da presença, cabe também verificar se os que tomam parte podem se manifestar, expressando suas posições e demandas.

A representação da odontologia enquanto classe de trabalhadores de saúde, se fez presente, até o momento, por meio da representação de algumas entidades. Dentre as entidades que possuem ou possuíam representantes no CNSA estão: Conselho Federal de Odontologia [CFO], Federação Interestadual de Odontologia [FIO], Associação Brasileira de Odontologia [ABO] e Federação Nacional dos Odontologistas [FNO].

O CFO tem dentre suas missões não só a supervisão da ética odontológica em todo o território nacional, mas também zelar e trabalhar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente, e isso também se aplica ao exercício da odontologia no SUS [CFO, 2018]. Já a ABO promove a odontologia nacional e internacionalmente, a valorização do cirurgião-dentista, além de contribuir com a política de promoção de saúde bucal da população [ABO, 2018].

As Entidades FIO e FNO representam nacionalmente distintos sindicatos de odontologia que congregam os interesses da classe trabalhadora odontológica, discutindo também a formação profissional e o

mercado de trabalho [FIO, 2018; FNO, 2018]. A FIO em seu *site* institucional ainda pontua que dentre suas missões se configura, em conjunto com os demais trabalhadores brasileiros, a construção de uma sociedade em que todos tenham direito a condições dignas de saúde [FIO, 2018].

Analisando a composição dos mandatos do CNSA, observamos a presença da odontologia representada por suas entidades de classe. O Quadro 2 traz a composição dos Conselhos Nacionais de Saúde, o período do mandato, o posto dos representantes e a entidade de odontologia representada no período posterior à lei 8142/90. Cabe salientar que somente após 2006, quando realizado o processo eleitoral para compor seus membros, teve início o detalhamento das substituições realizadas pelas entidades. Antes disso, as substituições eram registradas apenas com o termo “Entidades Nacionais de Outros Profissionais da Área de Saúde.”

QUADRO 2 - Representação da odontologia na história do Conselho Nacional de Saúde.

MANDATO	REPRESENTANTE	ENTIDADE DE ODONTOLOGIA
2006- 2009	1 titular 1 titular 1º suplente	FIO CFO ABO
2009-2012	1 titular 1 titular 1º suplente	ABO FIO CRO
2012-2015	1 titular 1º suplente 2º suplente	CFO FIO ABO
2015-2018	1 titular 1º suplente 1º suplente	FIO FNO CFO

Fonte: Secretaria Executiva do CNSA.

Observa-se que desde 2006 a odontologia, considerando as entidades que representam os interesses dos profissionais da odontologia, tem ao menos um membro titular no Conselho Nacional de Saúde e ao menos três representantes advindos de distintas entidades. Observa-se a presença do CFO em todas os mandatos seja como membro titular ou suplente.

Analisando a representação destas distintas entidades no CNSA, percebe-se uma rotatividade entre algumas delas. Apesar da representação não se constituir escopo deste capítulo, vale observar que essa alternância coaduna com à ideia de representatividade. Afinal, a composição do conselho diz respeito não apenas ao aspecto quantitativo (número de associados ou componentes da entidade), mas à sua capacidade de expressar os interesses dos respectivos segmentos sociais a quem representa (TEIXEIRA, 1996).

Além da representação dos profissionais da odontologia pelos conselheiros na CNSA, a temática da saúde bucal está presente e em discussão no CNSA por meio uma Comissão Intersetorial de Saúde Bucal criada pela Resolução nº 406, de 12 de setembro de 2008. Esta Comissão é composta por representantes do segmento dos usuários, trabalhadores de saúde em especial com profissionais da odontologia, prestadores de serviços e gestores. A finalidade desta comissão é assessorar o Pleno do Conselho Nacional de Saúde em assuntos relacionados à saúde bucal. Desta forma, cabe à Comissão acompanhar a execução da Política Nacional de Saúde Bucal; monitorar a organização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, acompanhar as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal e contribuir com os demais colegiados do controle social no monitoramento das ações e recursos destinados à população.

Desta forma, percebe-se que a odontologia está presente no CNSA seja por meio de seus representantes, ou por meio de sua Comissão Intersetorial, num indicativo de presença nos debates e na defesa das visões da odontologia enquanto classe profissional e como parte de uma política pública de saúde essencial.

A SAÚDE BUCAL NOS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ

O Paraná foi um importante polo crítico da saúde bucal na década de 80 e da conformação dos movimentos sociais e da Reforma Sanitária. A fundação dos núcleos do CEBES em Curitiba por Paulo Capel Narvai, Armando Raggio e Ziadir Coutinho, e em Londrina por Jorge Córdon e Márcio Almeida [SOARES, 2014] contribuíram de forma significativa para isso.

Dentre os resultados significativos alcançados por esses movimentos, em especial o movimento sanitarista, um foi a criação do SUS e outro foi inserir nele a participação da sociedade. Após Promulgação da lei 8142/90 que instituiu que todas as esferas administrativas teriam que se organizar para instituir seus conselhos de saúde e ainda, realizar periodicamente suas conferências de saúde conforme convocação nacional ou necessidade referida, todos os estados tiveram que instituir seus Conselhos Estaduais de Saúde e regulamentar as suas Conferências Estaduais. Assim então foi no estado do Paraná.

As conferências de Saúde do Paraná e a temática da saúde bucal

As conferências de saúde são fóruns de debate entre os segmentos da sociedade representada por meio de entidades. Sua finalidade é avaliar a situação de saúde, fixar diretrizes da política de saúde, definir e priorizar propostas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde no âmbito estadual, com vistas a proporcionar à sua população melhor qualidade de vida [CES, 2018].

A 1ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná foi realizada entre os dias 06 e 09 de outubro de 1991, na cidade de Curitiba-PR. Seus temas foram: a) Saúde, Governo e Sociedade; b) Implantação do SUS e c) Controle Social. Foram realizadas até hoje 11 Conferências Estaduais de Saúde no Paraná. Até o ano de 2011 elas eram realizadas a cada dois anos, mas o decreto nº 4476 de 24 de março de 2009 alterou o intervalo para quatro anos. A 11ª e mais recente Conferência Estadual ocorreu em agosto 2015 reunindo 1.216 delegados representantes dos segmentos de usuários,

trabalhadores, prestadores e gestores de saúde, além de 120 observadores e 46 convidados sob o tema central: “Saúde Pública de Qualidade para os Paranaenses” (CES, 2018).

Ao longo da história, a presença da temática da saúde bucal nas Conferências Estaduais de Saúde também foi uma constante como visto anteriormente nas Conferências Nacionais. Isso pode ser fartamente ilustrado, como se pode ver no Quadro 3. Ali está um resumo das propostas aprovadas nos Relatórios Finais para a saúde bucal nas Conferências Estaduais desde 1991.

QUADRO 3 - Resumo das propostas para a Política Estadual de Saúde Bucal nas Conferências Estaduais de Saúde

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANO	PROPOSTAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
1º	1991	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a fluoretação da água em todos os sistemas de abastecimento do município, com a manutenção de programas de caráter preventivo na área de saúde bucal; • Estimular e reconhecer a especialidade odontológica para tratamento de pacientes especiais em odontologia;
2º	1995	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidiar políticas estadual de desenvolvimento científico tecnológico e educacional em todos os níveis na área da saúde com vistas à área de pesquisa e ensino aos interesses prioritários da população como educação sexual, AIDS, trânsito e saúde oral.
3º	1997	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar ou implementar serviços ambulatoriais especializados na saúde bucal (clínicas para atendimento de bebês, atendimento odontológico a pacientes especiais, etc.), por região ou macrorregião;
4º	1999	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar e implementar na rede pública projeto de promoção à saúde bucal a pacientes com necessidades especiais. • Implantar e implementar projetos de saúde bucal. • Disponibilizar equipe de saúde bucal preparada para atendimento da saúde do idoso, garantindo a ele um atendimento diferenciado/humanizado.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANO	PROPOSTAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
5º	2001	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a viabilização da inclusão de uma equipe de Saúde Bucal para cada equipe de Saúde da Família implantada; • Organizar e participar de equipe multidisciplinar [farmacêutico, médico, odontólogo, enfermeiro, entre outros] para a padronização de medicamentos e elaboração, adequação de protocolos de tratamento. • Criar núcleos de referência para garantir o atendimento fisioterápico, odontológico e psicológico aos hemofílicos nas cidades do interior do Estado do Paraná.
6º	2004	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar aos usuários da saúde mental o atendimento integral à saúde, incluindo a saúde bucal. • Fortalecer a rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principalmente os de atenção básica, por intermédio do PSF e da saúde bucal. • Ampliar a cobertura da odontologia no Programa Saúde da Família, através da expansão e conversão das equipes de saúde bucal. • Expandir as equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família. • Enfatizar o atendimento a bebês como uma estratégia de prevenção das políticas de saúde bucal. • Implantar e implementar as ações de odontologia na Secretaria de Estado da Saúde e nos Municípios, incluindo estruturação de pronto atendimento odontológico. • Formar Comissão de Farmácia e Terapêutica multidisciplinar [médico, farmacêutico, dentista, enfermeiro], com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, para selecionar e avaliar permanentemente os medicamentos que comporão o elenco mínimo de medicamentos, com base na RENAME.
7º	2006	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprir a regulamentação do Ministério da Saúde quanto à paridade de dentistas para equipe de saúde da família, sendo um dentista por equipe, e implementar o módulo II na formação das equipes de saúde bucal, com a presença de Dentista, Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário,

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANO	PROPOSTAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
7º	2006	<p> aumentando a captação de recursos financeiros, pactuados na Bipartite e avaliados pelo CES/PR.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar a política de humanização das condições de trabalho e na atenção ao usuário, envolvendo profissionais de Saúde Bucal, usuários e gestores, valorizando o respeito à cidadania, respeitando as especificidades locais. • Recomendar ao Conselho Nacional de Educação que o projeto que institui diretrizes básicas para educação profissional de nível tecnológico [tecnólogo], não inclua profissionais da área de saúde bucal. • Manter capacitação continuada dos Agentes Comunitários de Saúde, habilitando-os ao exercício da educação em saúde bucal. • Implementar e divulgar programas de educação em saúde voltadas ao adolescente, com ênfase na prevenção à DST/Aids, saúde bucal, sexualidade, gravidez, tabagismo, álcool e uso de outras drogas, nas Unidades de Saúde, em parceria com a comunidade, organizações da sociedade civil, associações de moradores, entidades religiosas e empresas. • Articular as ações em unidades básicas de saúde, entidades e conselhos profissionais da área da saúde, conselhos locais de saúde, escolas de 1º e 2º graus e centros de educação infantil, nas respectivas áreas de abrangência, com o objetivo de implantar programas de caráter permanente, a educação de trânsito, educação sexual, ambiental, prevenção contra as drogas, intoxicações, prevenção de doenças infectocontagiosas, higiene, meio ambiente, saúde bucal e controle de agrotóxicos. • Implementar a política de humanização das condições de trabalho e na atenção ao usuário, envolvendo profissionais de Saúde Bucal, usuários e gestores, valorizando o respeito à cidadania, respeitando as especificidades locais. • Recomendar ao Conselho Nacional de Educação que o projeto que institui diretrizes básicas para educação profissional de nível tecnológico [tecnólogo], não inclua profissionais da área de saúde bucal.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANO	PROPOSTAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
7º	2006	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o número de vagas para especialidades de média e alta complexidade (implementação de consórcios Intermunicipais); viabilização de encaminhamento por meio do aumento do número de consultas especializadas e criação de referência para o atendimento de odontologia especializada, ampliação do número de cotas para raios-X, ultrassonografia, eletros e demais exames médicos especializados.
8º	2007	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar e implementar ações de promoção em saúde bucal e disponibilizar além da atenção básica em saúde bucal a recuperação odontológica especializada. • Garantir a inclusão da equipe de saúde bucal à equipe de saúde da família, quando da habilitação desta, em uma mesma portaria, garantindo assim a implantação de uma única equipe multidisciplinar com o objetivo de otimizar a intervenção destas duas equipes. • Garantir maior aporte de recursos financeiros para ações de Atenção Básica e aumentar os investimentos visando a “promoção de saúde”, focalizando as ações em odontologia com novas definições de atenção básica e nas clínicas de especialidades contemplando outras especialidades como a disfunção temporomandibular. • Recomendar ao Conselho Nacional de Educação que o projeto que institui diretrizes básicas para educação profissional de nível tecnológico (tecnólogo), não inclua profissionais da área de saúde bucal. Na área da Saúde Bucal não há demanda para novos tipos de recursos humanos, até porque o setor dispõe de pessoal com diversos níveis de formação [Técnico em Higiene Dental, Auxiliar de Consultório Dentário, Técnico em Prótese Dentária, e Auxiliar em Prótese Dentária]. Tal estrutura de pessoal é compatível com o modelo de atenção em saúde bucal proposto pelo SUS. A criação do tecnólogo nesta área acabaria por invadir competências profissionais hoje consolidadas, gerando dificuldades e confusão, sem contribuir para resolver nenhum dos problemas relacionados com os recursos humanos no setor.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANO	PROPOSTAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
8º	2007	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o quadro de recursos humanos, através de concurso público, nos Centros de Apoio Psicossocial e em outros serviços de Saúde Mental, com pedagogos, professores de Educação Física e terapeutas ocupacionais, além dos assistentes sociais [serviço social], enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas e psicólogos.
9º	2009	<ul style="list-style-type: none"> • Promover ações voltadas à saúde bucal para grupos especiais como: idosos, pessoas com necessidades especiais, diabéticos, hemofílicos, entre outros. • Criar junto aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde a Comissão de Saúde Bucal • Garantir o repasse pelo Estado da verba já autorizada pelo Conselho Estadual de Saúde para a Estratégia de Saúde da Família, incluindo programa de saúde bucal e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). • Modificar a “Lista de Itens de Custeio Estadual” da Estratégia de Saúde da Família, programa de saúde bucal e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), com ampliação de novos itens a serem adquiridos, de acordo com pactuação da CIB/PR. • Ampliar a divulgação de programas de educação em saúde, voltados para homens, mulheres, gestantes, idosos, crianças e adolescentes, nas temáticas DST/Aids, saúde bucal e nutricional, sexualidade, violência, álcool e outras drogas, orientação sexual e identidade de gênero, afro-descendência, indígenas, deficiências, bullying, pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids, exploração sexual, direitos humanos, deficiências, educação física e a utilização de fármacos, entre outros. • Realizar monitoramento/avaliação de fluoretação de água para consumo humano em conjunto com a atenção básica/saúde bucal, bem como estudo em regiões do Paraná que têm flúor natural em excesso em água usada para consumo humano. • Implantar o serviço odontológico intra-hospitalar para atendimento das pessoas internadas e pessoas com deficiências, principalmente em unidades críticas. • Garantir assistência odontológica para todos, garantindo os Raios X.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANO	PROPOSTAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
10º	2011	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar equipe multiprofissional (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, dentista, biólogo, musicoterapeuta, psicopedagogo] e interdisciplinar na rede de atenção à pessoa com deficiência nas 22 regionais de saúde do Estado; • Implementar ações de Saúde Bucal na APS; • Ampliar ações de Saúde Bucal com escovódromo. • Fortalecimento da Educação Profissional (ensino médio profissional) para os trabalhadores nas áreas de enfermagem, saúde bucal, radiologia, hemoterapia, vigilância em saúde, análises clínicas e outros necessários à implantação das redes de atenção. • Exigir que o profissional (médico ou dentista) prescreva a receita médica de forma legível e pelo nome genérico do medicamento obedecendo à legislação em vigor. • Que o Estado promova periodicamente avaliação da atuação das equipes do Programa Saúde da Família e das Equipes de Saúde Bucal. • Garantir a assistência à saúde integral nos centros regionais de reabilitação física de média e alta complexidade, para as pessoas que necessitem de tratamento multiprofissional nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, psicologia e odontologia.
11ª	2015	<ul style="list-style-type: none"> • Realização Periódica de Cursos de formação profissional via descentralização da Escola de Saúde Pública – ESPP/Centro Formador de Recursos Humanos – CFRH às Regionais de Saúde ou Municípios, como técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, técnico de vigilância em saúde e outros, para reposição da força de trabalho nos municípios. • Realizar campanhas voltadas à saúde bucal. • Incrementar, nas três esferas de governo, diagnóstico, detecção do Câncer Bucal e garantir serviço de referência no tratamento do Câncer Bucal. • Implantar a Estratificação de Risco em Saúde Bucal.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANO	PROPOSTAS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
11ª	2015	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar as ações de Saúde Bucal na Rede Mãe Paranaense. • Capacitar profissionais de saúde bucal nos três níveis de atenção. • Maior inclusão da Saúde Bucal na Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família, integrando com os médicos, enfermeiros e agentes comunitários, enfim toda a equipe. • Buscar a participação dos Conselhos, atuando junto aos gestores municipais de saúde, visando pactuar um número mínimo de Programa de Saúde da Família e Saúde da Família Bucal, no seu município, com equipe multiprofissional que cumpra as atribuições específicas às Estratégias da Saúde da Família e Saúde da Família Bucal. • Ampliar a Atenção Odontológica às pessoas com deficiência. • Implementar a segunda opinião formativa por meio da Teleodontologia • Implantação e ampliação de novos Centros de Especialidades Odontológicas -CEO em todas as Regionais de Saúde, garantindo seu pleno funcionamento em todas as Regionais de Saúde. • Aumentar o teto de consultas de especialidades para os municípios através do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema/ Centro Especialidades Odontológicas de Cambé - CISMEDPAR/CEOC e outras referências e para as demais entidades do Estado. • Rever os valores dos tetos financeiros para as ações de Média Complexidade [hospitalar, ambulatorial, Centro Especializado Odontológico e Centro de Atenção Psicossocial]. • Ampliação da infraestrutura do Complexo da Saúde [HUM, Clínica • Odontológica, LEPAC, UPA] e adequação dos recursos humanos para o Complexo Hospitalar [HUM e Hemocentro].

Fonte: Relatórios Finais das Conferências Estaduais de Saúde do Paraná. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=53>.

Vê-se que as propostas direcionadas para a política estadual de saúde bucal aumentaram não só em volume, mas em especificidade e complexidade, na medida em que a saúde bucal foi incorporada como uma política prioritária na agenda federal e na do Estado do Paraná.

Na 1ª e na 2ª Conferência Estadual de Saúde o debate sobre a saúde bucal parece ter sido incipiente, resultando em uma e duas propostas respectivamente. Já a 11ª Conferência trouxe 14 propostas para a nova Política Estadual de Saúde Bucal orientada pela Linha Guia da Rede de Saúde Bucal lançada em 2014. Entraram na pauta desta conferência temas como a ampliação da estratificação do risco enquanto processo de trabalho das equipes de saúde bucal e a cobertura da atenção à saúde bucal das gestantes (destaques da linha guia do estado). Além disso, discutiu-se a utilização de novas tecnologias como a teleodontologia visando aumentar a capacidade resolutiva das equipes de atenção primária.

Analisando os temas mais presentes ao longo da história das conferências estaduais, vê-se uma reincidência de propostas no atendimento especializado na área de saúde bucal, no atendimento a idosos e pacientes especiais, na ampliação da política de saúde bucal nos Programas de Saúde da Família, e na implementação nos municípios da estruturação do pronto atendimento odontológico. Essa repetição ao longo das conferências pode ser evidência de que certas pautas não são garantidas após o processo deliberativo.

De forma análoga à situação nacional, a não realização de uma conferência temática estadual de saúde bucal tornou a conferência estadual um importante espaço de debate e construção coletiva de propostas para a política estadual de saúde bucal. Pode-se ver então um deslocamento do debate, centrado inicialmente na solicitação de criação de uma Política Estadual de Saúde Bucal, para as propostas mais específicas e direcionadas a questões a serem sanadas após a sua implantação, em especial na conferência de 2015 – a primeira realizada após a criação da Rede Estadual de Saúde Bucal em 2014. Pela observação dos Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde, fica evidente que a temática da odontologia tem estado presente nesta instância participativa estadual, sinalizando uma atuação engajada da representação classista.

A saúde bucal no Conselho Estadual de Saúde

A instituição do Conselho Estadual de Saúde do Paraná se deu por meio do decreto 703 de 09 de setembro de 1991. No decreto ele foi caracterizado como um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, fiscal. Sua representação deveria ser paritária - metade com representantes dos usuários e a outra metade dividida entre gestores, prestadores e trabalhadores de saúde. O decreto ainda estabeleceu quais entidades poderiam fazer parte do conselho, definindo que as entidades representativas dos profissionais de odontologia do estado do Paraná teriam uma das vagas. Com isso dois representantes dos profissionais de odontologia [1 titular e 1 suplente] passam a compor o primeiro Conselho Estadual de Saúde do Paraná.

A primeira Conferência Estadual de Saúde do Paraná realizada em 1992 traz no seu Relatório Final a necessidade do estado e seus municípios se organizarem para dar cumprimento à Lei 8.142/92 quanto à criação dos conselhos. Além disso, o Relatório Final coloca a necessidade de se criar conselhos distritais em municípios populosos, orientando para que neles houvesse participação preponderante das associações comunitárias. A composição dos mesmos espelharia a paridade determinada para os conselhos estaduais e sua formação [indicação] ocorreria nas Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.

Em 23 de dezembro de 1992, o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Resolução 33 que trouxe “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. A constituição recomendada foi com 50% de representantes dos usuários, 25% de trabalhadores de Saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço.

Diante disso, em 04 de outubro de 1994 é sancionada a lei estadual 10.913/94 que regulamenta o Conselho Estadual de Saúde do Paraná e define suas atribuições. Ela institui sua composição com 36 conselheiros distribuídos de acordo com a Resolução 33, estabelecendo que as entidades com direito a assento serão definidas nas Conferências Estaduais de Saúde. Ficou também determinado que a II Conferência Estadual deveria ser convocada em até 180 dias.

A lei 10.913/94 também orienta a formação de um Conselho Estadual de Saúde provisório até a realização da II Conferência Estadual. Diante disso, o Decreto Estadual 828 de 26 de maio de 1995 nomeia os conselheiros estaduais. Dentre os representantes dos profissionais da odontologia foram indicados dois cirurgiões-dentistas: um para a vaga titular e outro para a suplência. Com a realização da II Conferência Estadual em 1995, o Conselho Regional de Odontologia foi a entidade indicada para a representação dos profissionais de saúde da odontologia.

Até 2018 foram 12 gestões do Conselho Estadual de Saúde (considerando as provisórias). Dessas, 10 tiveram representação de profissionais de saúde ligados às entidades de classe de representação da Odontologia. Foram três as entidades que forneceram representação em tal período: o Conselho Regional de Odontologia (CRO), a Associação Brasileira de Odontologia Seção Paraná (ABO-PR) e a Associação dos Auxiliares e Técnicos em Odontologia (AATO). Em uma gestão, os representantes das entidades dos profissionais de odontologia compuseram a Mesa Diretora do Conselho: em 2012 como 1º Vice-Presidente, em 2013 como 3º Vice-Presidente e em 2014 como Tesoureiro. Desta forma pode-se observar que a odontologia, por meio dos seus representantes teve representação no Conselho de Saúde Estadual desde a sua criação, e de forma quase ininterrupta. O Quadro 4 detalha a representação dos profissionais da odontologia no Conselho Estadual de Saúde do Paraná por gestão e entidade.

QUADRO 4 - Representação da odontologia na história do Conselho Estadual de Saúde.

GESTÃO	VAGA	ENTIDADE
1993- 1995	1 Titular 1 Suplente	Não mencionado*
1995	1 Titular 1 Suplente	Não mencionado*
1996 - 1997	**	**
1998 - 1999	Sem representação	-----
2000 - 2001	1 Titular 1 Suplente	ABO - PR CRO
2002 - 2003	1 Suplente	CRO
2004 - 2005	1 Suplente	CRO
2006 - 2007	1 Titular 1 Suplente	CRO CRO
2008 - 2009	1 Titular 1 Suplente	ABO - PR ABO - PR
2010 - 2011	1 Titular	AATO
2012 - 2015	1 Titular 1 Suplente 1 Suplente	CRO ABO - PR AATO
2016 - 2019	Sem representação	----

* O Decreto de Nomeação não menciona a entidade e a informação não foi encontrada nos registros do Conselho Estadual de Saúde do Paraná. Fonte: Sistema Estadual de Legislação Disponível em: <http://www.legislacao.pr.gov.br> / Documentos Internos do CES -PR. ** Sem registro

A representação neste conselho esteve concentrada no CRO e ABO, com a recente adição da AATO. Em entrevista, um ex-conselheiro mencionou que a convivência entre os representantes dos profissionais técnicos e

os demais representantes da classe nem sempre foi alinhada, mas que à medida que a disputa pelas cadeiras dos representantes dos profissionais de saúde foi se acirrando, as entidades se uniram no intuito de promover a inclusão de um representante da odontologia. No entanto, observou-se que no mandato de 2016-2019 não há representantes da odontologia entre o segmento dos trabalhadores.

Pode-se aventar que a presença de representantes da saúde bucal nestes espaços possibilita que as decisões acerca da política de saúde bucal possam trazer a perspectiva daqueles que estarão submetidos a elas neste debate político (LÜCHMANN, 2007). Afinal, como expresso por Young (2006, p. 154), a responsabilidade de um representante não é “simplesmente expressar um mandato, mas participar das discussões e debates com outros representantes, ouvir suas questões, demandas, relatos e argumentos e com eles tentar chegar a decisões ponderadas e justas.”

Diferente do que foi visto nas Conferências Estaduais, os resultados da produção decisória pertinente à odontologia no Conselho Estadual de Saúde parecem mais tímidos. Observando as resoluções emitidas pela instituição são encontradas apenas duas resoluções envolvendo a Saúde Bucal diretamente: a Resolução CES PR n. 006/2004 que cria a Comissão Organizadora para a 3ª Conferência Estadual em Saúde Bucal e a Resolução CES PR 14/2014 que aprova a Rede Estadual de Saúde Bucal. No entanto há de compreender que o efeito da representação de uma entidade/classe não pode ser analisada somente com base em produtos como resoluções. Seria preciso estudar como se dá a configuração representativa nestes espaços, as regras de elegibilidade, participação e representação, e como isso pode influir nestes resultados, dentre outras questões (REZENDE; MOREIRA, 2016), o que não é nosso propósito aqui. Podemos mencionar, por exemplo, que nos anos de 2012 a 2014 os representantes das entidades dos profissionais de odontologia compuseram a Mesa Diretora do Conselho - em 2012 como 1º Vice-Presidente, em 2013 como 3º Vice-Presidente e em 2014 como Tesoureiro. Isso fortalece a legitimidade da representação e dá mais espaço para a circulação de informações e para decisões pertinentes às questões da saúde bucal que não necessariamente tomam a forma de resoluções.

Conforme discutido na seção anterior, a representação de entidades da classe odontológica neste espaço deliberativo ajuda na inserção da saúde bucal como parte indissociável das políticas de saúde. Assim sendo, ela se faz essencial para a manutenção e ampliação dos sistemas e dos serviços oferecidos e, por conseguinte, para uma melhor qualidade de saúde bucal e geral à população.

COMENTÁRIOS FINAIS

A instituição das Conferências e Conselhos de Saúde como instâncias participativas orientadas à discussão e aos debates entre a sociedade, Estado e trabalhadores de saúde foi uma conquista do movimento sanitarista da década de 80.

Analisando essas instâncias sob a ótica de uma produção política de saúde bucal e, assim, observando a representação dos profissionais da odontologia dentro destes espaços, pode-se inferir que a temática da saúde bucal tem tido inserção recorrente nas Conferências Nacionais. Nota-se que a classe odontológica tem sido representada ao longo dos anos de forma consistente no Conselho Nacional de Saúde e, ainda, que a política de saúde bucal atingiu um patamar tal que demandou a formação de uma comissão temática dentro do referido conselho.

De forma análoga, observa-se que as instâncias participativas correspondentes no estado do Paraná possuem na sua evolução histórica uma presença bem marcada da temática da saúde bucal em suas Conferências Estaduais, bem como de representação da classe odontológica em seu Conselho Estadual de Saúde. A presença destes representantes pode colocar a odontologia, seja enquanto classe ou política de saúde, em condições mais favoráveis para promover novas demandas e influenciar a agenda governamental.

A construção histórica demonstrada nos espaços participativos do Sistema Único de Saúde, somada a movimentos dentro da academia, de movimentos sociais, de entidades de classe e dentro do Estado permitiu que em 2003 o Brasil Sorridente fosse instituído como política nacional

prioritária. No estado do Paraná, algo semelhante se deu em 2014 com a Linha Guia de Saúde Bucal.

Manter a representatividade e a presença do tema saúde bucal nestes espaços tem se configurado cada vez mais árduo em face da crescente complexidade do ambiente técnico e organizacional e de disputas que as políticas de saúde têm assumido. Todavia é imprescindível a persistência para garantir as conquistas e se avançar para a construção de uma política de saúde bucal acessível, equânime e integral.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. **Missão** [on-line]. Disponível em: <https://www.abo.org.br/>. Acesso em 15/05/2018.

AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. **Conferências nacionais**: atores, dinâmicas participativas e efetividades. Brasília: IPEA, 2013.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 30(3), 380-398. 1996.

BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a.

BRASIL. I **Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **DOU de 31/12/1990**, Brasília, 128, 249, 25694-25695. 1990

BRASIL. IX Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório Final**. Brasília, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000**: o Brasil falando como quer ser tratado; efetivando o SUS; acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social; relatório final/Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. **Resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003.** Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. 2003.

BRASIL. **12ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004.

BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal:** acesso e qualidade superando a exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde:** Saúde e Qualidade de vida; políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde:** todos usam o SUS; SUS na seguridade social. Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, 2012. 232 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **História do CNS** [on-line]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>. Acesso em 15/05/2018.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: Fase; Ibam, 1995.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da Comunidade na Saúde.** 2ª ed. Campinas-SP: Ed. Saberes, 2014. 253p.

CEBES. A questão democrática da área da saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 9, jan./fev./mar. 1980.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Conferências Estaduais** [online]. Disponível em <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=53>. Acesso em 16/06/2018.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 1ª Conferência Estadual de Saúde.** Curitiba. 1992.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 2ª Conferência Estadual de Saúde.** Curitiba. 1995.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 3ª Conferência Estadual de Saúde.** Curitiba. 1997.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 4ª Conferência Estadual de Saúde.** Curitiba. 1999.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 5ª Conferência Estadual de Saúde.** Curitiba. 2001.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 6ª Conferência Estadual de Saúde**. Curitiba. 2004.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 7ª Conferência Estadual de Saúde**. Foz do Iguaçu. 2006.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 8ª Conferência Estadual de Saúde**. Londrina. 2007.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 9ª Conferência Estadual de Saúde**. Curitiba. 2009.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 10ª Conferência Estadual de Saúde**. Curitiba. 2011.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 11ª Conferência Estadual de Saúde**. Curitiba. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Missão** [on-line]. Disponível em <http://cfo.org.br/website/missao/>. Acesso em 15/05/2018.

DOWBOR, M.; HOUTZAGER, P.; SERAFIM, L. **Enfrentando os desafios da representação em espaços participativos**. CEBRAP, 2008.

SCOREL, S., MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. [orgs]. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Editora FIOCRUZ, 2012. 512p.

FEDERAÇÃO INTERESTADUAL DOS ODONTOLOGISTAS. **Missão** [on-line]. Disponível em <http://www.fio.org.br/>. Acesso em 15/05/2018.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ODONTOLOGISTAS. **Missão** [on-line]. Disponível em http://www.fno.org.br. Acesso em 15/05/2018.

LÜCHMANN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, n. 70, p. 139-170, 2007.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: KRIGER, L.; MOYSÉS, S. M.; MOYSÉS, S. T. [org]. **Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica**. Série Odontologia Essencial. Artes Médicas. São Paulo. 2013. 128p.

OMS [Organização Mundial da Saúde]. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. Participação como representação: o impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional. **DADOS: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 259-305, 2011.

REZENDE, R. B.; MOREIRA, M. R. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, p. 1409-1420, 2016.

ROCHA, E. **A Constituição cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. 20 anos da constituição cidadã: avaliação e desafio da seguridade social.** Anfip, Brasília, 2008.

SANTOS, C. L. **Democracia e participação no Sistema Único de Saúde: desenho institucional e voz nas conferências municipais de saúde de Curitiba – PR em 2011 e 2013.** Dissertação [Mestrado] – Departamento de Economia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

SMITH, G. **Democratic Innovations Designing institutions for citizen participation.** Cambridge University Press, Cambridge. 2009.

SOARES, C. L. M. **A Constituição da Saúde Bucal Coletiva no Brasil.** Tese [Doutorado Saúde Pública] – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. 180 p.

SOARES, C. L. M. *et al.* O espaço da saúde bucal coletiva: contribuições para compreensão da formulação e implementação das políticas de saúde bucal no Brasil. In: CHAVES, S. C. L. [org]. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática.** Salvador. EDUFBA. 137-173p.

SOUZA, R. G. Democracia Participativa: Resgate Histórico e uma Aproximação da Visão dos Atores da Sociedade Civil. In: SOUTO, A. L. S.; PAZ, R. D. O.; MORONI, J. A. [Coord.]. **Governança Democrática no Brasil Contemporâneo: Estado e Sociedade na Construção de Políticas Públicas. Arquitetura da Participação no Brasil: avanços e desafios.** São Paulo; Brasília: Pólis; INESC, 2011. p. 9-41.

TEIXEIRA, E. C. Movimentos Sociais e Conselhos. **Cadernos ABONG**, n. 7, julho de 1996.

TEIXEIRA, A. C. C. **Para além do voto: uma narrativa da democracia participativa no Brasil (1975-2010).** 2013. 235 f. Tese [Doutorado em Ciências Sociais] – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2013.

YOUNG, I. M. Representação política, identidade e minorias. **Lua Nova**, n. 67, p. 139-190, 2006.

ORGANIZADORES

RAFAEL GOMES DITTERICH - Graduado em Odontologia [PUCPR]. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva [PUCPR], em Gestão em Saúde [UEPG]. Mestre em Odontologia - Clínica Integrada [UEPG]. Doutor em Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR]. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná [UFPR]. Vice-coordenador do curso de Odontologia e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas [Mestrado/Doutorado] e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado] da Universidade Federal do Paraná [UFPR].

GUILHERME FERNANDES GRAZIANI - Graduado em Odontologia [USC]. Especialista em Ortodontia pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná [UFPR]. Ex-coordenador de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR]. Presidente da Comissão de Políticas Públicas do Conselho Federal de Odontologia [CFO].

SAMUEL JORGE MOYSÉS - Graduado em Odontologia [PUCPR]. Mestre em Odontologia Social [UFRN]. Doutor em Epidemiologia e Saúde Coletiva pela University of London [UL]. Professor Titular do curso de Odontologia e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia [Mestrado/Doutorado] da Pontifícia Universidade Católica do Paraná [PUCPR]. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná [UFPR].

AUTORES

ACÁCIA MARIA LOURENÇO FRANCISCO NASR - Graduada em Medicina pela UCPel. Especialista em Políticas Públicas (IFPR). Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Nossa Senhora das Graças de Curitiba. Mestra em Clínica Cirúrgica (PUCPR). Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora Assistente do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Superintendente de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR).

ANA CLÁUDIA RODRIGUES CHIBINSKI - Graduada em Odontologia (UEPG). Especialista em Odontopediatria (UFPR). Mestra e Doutora em Odontologia - Clínica Integrada (UEPG). Professora Adjunta do Curso de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Mestrado/Doutorado) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

ANA ELISA RIBEIRO - Graduada em Odontologia (UEPG). Mestra em Ciências da Saúde (FSP-USP). Doutoranda em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Consultora Técnica do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS).

ANDRÉ LUIS CÂNDIDO DA SILVA - Graduado em Farmácia e Bioquímica (UFPR). Especialista em Microbiologia (UFPR); Biossegurança (FIOCRUZ) e Vigilância em Saúde Ambiental (UFRJ). Mestrando em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Farmacêutico Bioquímico na Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e na Prefeitura Municipal de Araucária-PR.

ANDREA LUIZA CURRALINHO BRAGA - Graduada em Serviço Social (PUCPR). Especialista em Serviço Social e Direitos Sociais (UnB). Mestre e Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora Assistente do Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

CAMILA FRACALOSSI GALBIATI - Graduada em Odontologia (UEM). Especialista em Dentística Restauradora [AMO]. Mestre e Doutora em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).

CAROLINA DE OLIVEIRA AZIM SCHILLER - Graduada em Odontologia (PUCPR). Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Doutora em Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR]. Técnica da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR].

CÁSSIA CILENE DEZAN GARBELINI - Graduada em Odontologia (UEL). Especialista em Estatística (UEL). Mestre e Doutora em Odontopediatria (UNESP) e Pós-doutorado pela University College London (UCL). Professora Associada do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil (área de Odontopediatria) da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

CHRISTIANE LUIZA SANTOS - Graduado em Odontologia (UFPR). Especialista em Saúde Coletiva [UP]; Saúde da Família [UFPe]; Odontopediatria [UFPR] e Tecnologias Educacionais Construtivistas pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Mestre e Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora do curso de Medicina das Faculdades Pequeno Príncipe (FPP). Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais-PR.

CLODOALDO PENHA ANTONIASSI - Graduado em Odontologia (UFPR). Especialista em Farmacologia Clínica [CESUMAR]; Gestão em Saúde (UEM); Saúde da Família [UFPe] e Ortodontia [UNINGÁ]. Mestrando em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Itambé-PR.

CRISTIANE MATSUO DE OLIVEIRA PIORUNNECK - Graduada em Odontologia (UEL). Especialista em Odontopediatria (AONP); Saúde Coletiva [UFPR] e Gestão em Saúde Pública [ITECNE]. Mestre em Saúde Coletiva [UFPR]. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais-PR.

CRISTINA BERGER FADEL - Graduada em Odontologia (UEPG). Mestre em Odontologia Social (Universidade Camilo Castelo Branco). Doutora em Odontologia Preventiva e Social (UNESP-Araçatuba). Diretora de Extensão Universitária; Professora Associada da área da Odontologia em Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde [Mestrado] da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

DANIELA PEREIRA LIMA - Graduada em Odontologia [UNIP]. Especialista em Saúde Coletiva e da Família [UNESP]. Mestre e Doutora em Odontologia Preventiva e Social [UNESP-Araçatuba]. Professora Colaboradora Adjunta na Disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Oeste do Paraná [UNIOESTE].

DENISE STADLER WAMBIER - Graduada em Odontologia [UEPG]. Mestre e Doutora em Ciências Odontológicas [FO-USP]. Professora Titular do Curso de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia [Mestrado/Doutorado] da Universidade Estadual de Ponta Grossa [UEPG].

DORIANA CRISTINA GAIO GIRATA - Graduada em Odontologia [PUCPR]. Especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (CFO) e Docência da Educação Profissional, Técnica e Tecnológica de Nível Médio [IFPR]. Mestre e Doutora em Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR]. Professora Efetiva do Curso Técnico em Saúde Bucal do Instituto Federal do Paraná - Campus Curitiba [IFPR].

ÉRIKA LUIZA DA SILVA FELLER - Graduada em Odontologia [UTP]. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde [FIOCRUZ] e Endodontia [UTP]. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná [UFPR]. Ex-coordenadora de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR].

FABIANA GONÇALVES DE OLIVEIRA MATOS - Graduada em Enfermagem [UNIOESTE]. Especialista em Administração Hospitalar [UNAERP]; Educação Profissional na Área de Saúde - Enfermagem [UEM] e Enfermagem com Ênfase em Centro Cirúrgico [UNIOESTE]. Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto [EEUSP]. Doutora em Ciências [EEUSP]. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná [UNIOESTE].

GABRIELA PEREIRA AFONSO - Graduada em Odontologia [PUCPR]. Especialista em Prótese Dentária [UNESP-Araçatuba] e Saúde Pública [PUCPR]. Técnica da Divisão de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR].

GABRIELA SILVA ALMEIDA - Graduada em Odontologia [UFPR]. Mestranda em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná [UFPR].

GIOVANA DANIELA PECHARKI - Graduada em Odontologia [UFPR]. Mestre em Odontologia - Cariologia [FOP-UNICAMP]. Doutora em Ciências da Saúde [PUCPR]. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná [UFPR]. Vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família

[PROFSAUDE] e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado] da Universidade Federal do Paraná [UFPR].

HUÁSCAR FIALHO PESSALI - Graduado em Ciências Econômicas [Ufes]. Mestrado em Desenvolvimento Econômico [UFPR]. Doutor em Economia, pela University of Hertfordshire [UH]. Professor Associado do Departamento de Economia, Coordenador e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas [Mestrado/Doutorado] da Universidade Federal do Paraná [UFPR].

JÉSSICA RODRIGUES DA SILVA NOLL GONÇALVES - Graduada em Odontologia [UFPR]. Mestra em Saúde Coletiva [UFPR]. Doutoranda em Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR].

JOSÉ LUIZ NISHIHARA PINTO - Graduado em Tecnologia Sanitária [UNICAMP]. Especialista em Saneamento e Vigilância Sanitária [FIOCRUZ]; Saúde do Trabalho [UFPR]; Gestão de Vigilância em Saúde [UCB] e Gestão Pública [IFPR]. Técnico do Centro de Vigilância Ambiental da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA-PR].

JOSELY EMIKO UMEDA - Graduada em Odontologia [UEM]. Mestra e Doutora em Ciências Biológicas - Microbiologia [USP]. Pós-doutoranda em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá [UEM].

JULIANA SCHAIA ROCHA - Graduada em Odontologia [UEPG]. Mestra e Doutora em Odontologia - Clínica Integrada [UEPG]. Professora Assistente de Odontologia em Saúde Coletiva do Curso de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná [PUCPR].

LAURINDO MOACIR SASSI - Graduado em Odontologia [UFPR]. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial [UFPR]. Mestre em Medicina - Cirurgia de Cabeça e Pescoço [Complexo Hospitalar Heliópolis do Estado de São Paulo]. Doutor em Ciências da Saúde [UNIFESP/EPM]. Chefe e Membro Clínico do Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Erasto Gaertner [HEG]. Coordenador da Residência de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Hospital Erasto Gaertner [HEG].

LETÍCIA MAIRA WAMBIER - Graduada em Odontologia [UEPG]. Especialista em Odontopediatria [UP]; Saúde Coletiva [UP] e Radiologia [SLMANDIC]. Mestra e Doutora em Odontologia - Clínica Integrada [UEPG]. Professora Adjunta do Curso de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em

Odontologia (Mestrado/Doutorado) da Universidade Positivo [UP].

LUCIMAR APARECIDA BRITTO CODATO - Graduada em Odontologia [UEL]. Especialista em Saúde Coletiva [UNOPAR] e Saúde da Família [INESUL]. Mestra e Doutora em Saúde Coletiva [UEL]. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil (área de Saúde Coletiva) da Universidade Estadual de Londrina [UEL].

LUIZ FERNANDO LOLLI - Graduado em Odontologia [UEM]. Especialista em Odontologia Legal [ABED]; Gestão de Negócios na Área da Saúde [SLMANDIC] e Odontologia do Trabalho [SLMANDIC]. Mestre em Ciências Farmacêuticas [UEM]. Doutor em Odontologia Preventiva e Social [UNESP-Araçatuba]. Coordenador e Professor Adjunto do Curso de Odontologia e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada [Mestrado/Doutorado] da Universidade Estadual de Maringá [UEM].

MANOELITO FERREIRA SILVA JUNIOR - Graduado em Odontologia [Ufes]. Especialista em Saúde Coletiva e da Família [UNICAMP] e Odontopediatria [UEPG]. Mestre e Doutor em Odontologia - Saúde Coletiva [UNICAMP]. Professor Colaborador Adjunto dos Departamentos de Odontologia e de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa [UEPG].

MARIA CELESTE MORITA - Graduada em Odontologia [UEL]. Especialista em Saúde Pública [FIOCRUZ] e Planejamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos [SESA-PR]. Mestra e Doutora em Saúde Pública [Universidade de Paris VI]. Professora Associada do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil (área de Saúde Coletiva) da Universidade Estadual de Londrina [UEL]. Ex-presidente da Associação Brasileira de Ensino Odontológico [ABENO].

MARIA ISABELA GUEBUR - Graduado em Odontologia [UFPR]. Especialista em Periodontia [PUCPR]. Mestra em Medicina - Cirurgia de Cabeça e Pescoço [HOSPHEL-USP]. Doutora em Ciências [UNIFESP/EPM]. Membro do Corpo Clínico do Hospital Erasto Gaertner [HEG]. Preceptora da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - Hospital Erasto Gaertner [HEG].

MARIA LÚCIA TOZETTO VETTORAZZI - Graduada em Odontologia [UEPG]. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva [UFPR]; Saúde Coletiva [UEPG] e Especialista em Docência da Educação Profissional, Técnica e Tecnológica de Nível Médio [IFPR]. Mestra em Odontologia Social [Universidade Camilo Castelo Branco]. Doutora em

Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR]. Professora Efetiva do Curso de Técnico de Saúde Bucal da Instituto Federal do Paraná - Campus Curitiba [IFPR].

MÁRCIA HELENA BALDANI - Graduada em Odontologia [UEPG]. Especialista em Odontopediatria (ABO-PG) e Docência em Saúde (UFRGS). Mestra em Saúde Pública [ENSP]. Doutora em Saúde Pública [FSP-USP]. Professora Associada da área da Odontologia em Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia [Mestrado/Doutorado] da Universidade Estadual de Ponta Grossa [UEPG].

MARIÂNGELA DE ASSIS GOMES FORTES - Graduada em Odontologia [PUCPR]. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva (UFPR); Gestão de Pessoas (FACEAR) e Gestão em Saúde Pública (ITECNE). Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Curitiba-PR. Representante da categoria - Profissionais de Saúde: Odontologia (ABO-PR) no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba-PR.

MARIÂNGELA MONTEIRO DE MELO BALTAZAR - Graduada em Odontologia [UEL]. Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas (UNIOESTE) e Odontologia em Saúde Coletiva [USP]. Mestra em Saúde Coletiva [UEL]. Doutora em Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR]. Professora Associada do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Oeste do Paraná (UNIOESTE).

MARIELE PENA DE COUTO - Graduada em Direito [UNIBRASIL]. Especialista em Políticas Públicas [IFPR] e em Ministério Público - Estado Democrático de Direito [UNIBRASIL]. Mestra e Doutora em Política Públicas [UFPR]. Técnico Judiciário no Tribunal de Justiça do Paraná.

MARILISA CARNEIRO LEÃO GABARDO - Graduada em Odontologia [PUCPR]. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva [PUCPR] e Endodontia [PUCPR]. Mestra e Doutora em Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR]. Pós-doutoranda em Odontologia na FO-USP. Professora Titular do Curso de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia [Mestrado/Doutorado] da Universidade Positivo [UP].

MARINA BERTI - Graduada em Odontologia [UEPG]. Mestra e Doutora em Odontologia Preventiva e Social [UNESP-Araçatuba]. Professora Associada do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Oeste do Paraná [UNIOESTE].

MITSUMI FUJIMAKI - Graduada em Odontologia [FOB-USP]. Mestra em Biologia e

Patologia Buco Dental [FOP-UNICAMP]. Doutora em Odontologia - Cariologia [FOP-UNICAMP]. Professora Associada do Curso de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada [Mestrado/Doutorado] da Universidade Estadual de Maringá [UEM].

POLLYANNA KÁSSIA DE OLIVEIRA BORGES - Graduada em Odontologia [UNISA]. Mestra em Epidemiologia [UNIFESP]. Doutora em Saúde Coletiva [UNIFESP]. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública [UEPG] e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde [Mestrado] da Universidade Estadual de Ponta Grossa [UEPG].

MAYARA VITORINO GEVERT - Graduada em Odontologia [UEPG]. Mestra em Odontologia - Clínica Integrada [UEPG]. Doutoranda em Odontologia - Clínica Integrada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa [UEPG]. Professora do curso de Odontologia do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais [CESCAGE].

PABLO GUILHERME CALDARELLI - Graduado em Odontologia [UEL]. Especialista em Saúde Coletiva e da Família [UNICAMP]; Gestão em Saúde [UNESP]; Informática em Saúde [UNIFESP] e Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde [FIOCRUZ]. Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva [UNICAMP]. Doutor em Odontologia - Cariologia [UNICAMP] e Pós-doutorando em Odontologia na Universidade Positivo [UP]. Professor Colaborador Adjunto do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil (área de Saúde Coletiva) da Universidade Estadual de Londrina [UEL].

RAFAELA SCARIOT DE MORAES - Graduada em Odontologia [UFPR]. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial [UFPR]. Mestra em Odontologia [UFPR]. Doutora em Odontologia - Estomatologia [PUCPR]. Professora Adjunta do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal do Paraná [UFPR]. Professora Titular do Curso de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia [Mestrado/Doutorado] da Universidade Positivo [UP].

RAQUEL SANO SUGA TERADA - Graduada em Odontologia [FOB-USP]. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde [FIOCRUZ] e Saúde Coletiva [PUCPR]. Mestra e Doutora em Odontologia - Dentística [FOB-USP]. Professora Associada do Curso de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada [Mestrado/Doutorado] da Universidade Estadual de Maringá [UEM].

RICHELLIANY JULIÃO DOS SANTOS CARDOSO - Graduada em Terapia Ocupacional [UNCISAL]. Especialista em Educação Especial e Inclusiva [CBM]. Mestranda em Saúde Coletiva [UFPR]. Professora Substituta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná [UFPR].

ROBERTO EDUARDO BUENO - Graduado em Odontologia [UFPR] e Licenciado em Ciências e Biologia [UNERJ]. Especialista em Educação Ambiental [IBPEX]; Odontologia em Saúde Coletiva [PUCPR] e Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Mestre e Doutor em Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR]. Pós-doutorado em Saúde Coletiva [PUCPR]. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná [UFPR]. Coordenador do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas [Mestrado/Doutorado] da Universidade Federal do Paraná [UFPR].

RODRIGO NOLL GONÇALVES - Graduado em Odontologia [UFPR]. Especialista em Saúde da Família [UFPEL] e Gestão em Saúde [UFPR]. Mestre em Saúde Coletiva [UFPR]. Doutorando em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná [UFPR]. Cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Campo Largo-PR.

ROBSON DIEGO CALIXTO - Graduando em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná [UFPR].

RUANN OSWALDO CARVALHO DA SILVA - Graduado em Odontologia [UFPR]. Mestre em Odontologia [UFPR]. Mestre em Políticas Públicas [UFPR]. Doutorando em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná [UFPR].

SIBELE PEREIRA DE OLIVEIRA - Graduada em Odontologia [UFPR]. Especialista em Endodontia [ABO-SC]; Radiologia [ABO-PR] e Auditoria em Serviços de Saúde [FPP]. Mestre e Doutora em Odontologia – Diagnóstico Bucal [FO-USP]. Cirurgiã-dentista do Centro de Especialidades Odontológicas da Prefeitura Municipal de Curitiba-PR.

SIBELLI OLIVIERI PARREIRAS - Graduada em Odontologia [UEPG]. Mestre e Doutora em Odontologia - Dentística Restauradora [UEPG]. Professora Colaboradora Adjunta e Coordenadora do Estágio Supervisionado do Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Norte do Paraná [UENP].

SIMONE TETU MOYSÉS - Graduada em Odontologia [PUCPR]. Mestre em Odontologia

Social (UFRN). Doutora em Epidemiologia e Saúde Coletiva pela University of London (UL). Professora Titular do Curso de Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia [Mestrado/Doutorado] da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

SOLENA ZIEMER KUSMA - Graduada em Odontologia [PUCPR]. Mestra em Epidemiologia e Saúde Coletiva pela University College London (UCL). Doutora em Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR]. Professora Adjunta no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado] da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora Titular da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná [PUCPR]. Coordenadora Adjunta do Curso de Medicina da Universidade Positivo [UP].

TÂNIA HARUMI UCHIDA - Graduada em Odontologia [UEM]. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP). Mestra e Doutoranda em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá [UEM].

THABATA CRISTY ZERMIANI - Graduada em Odontologia [UFPR]. Mestra em Políticas Públicas [UFPR]. Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná [UFPR]. Professora Auxiliar de Odontologia em Saúde Coletiva do Curso de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná [PUCPR].

VANESSA BACELAR DE SOUZA VERDOLIN - Graduada em Odontologia [UTP]. Especialista em Docência da Educação Profissional, Técnica e Tecnológica de Nível Médio (IFPR). Mestra em Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR]. Professora Efetiva e Coordenadora do Curso Técnico em Saúde Bucal do Instituto Federal do Paraná - Campus Curitiba (IFPR).

WILLIAM AUGUSTO GOMES DE OLIVEIRA BELLANI - Graduado em Odontologia [PUCPR]. Especialista em Odontologia do Trabalho [ABO-PR] e Gestão de Redes de Atenção à Saúde [FIOCRUZ]. Mestre em Odontologia [UFPR]. Doutor em Odontologia - Saúde Coletiva [PUCPR]. Professor Substituto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná [UFPR].

O contexto da Odontologia, desde a sua regulamentação pela lei no. 9.081/66, foi enraizado por uma saúde bucal em consultórios odontológicos privados, o que resultava numa filosofia curativa da doença. Os profissionais formados tinham uma visão equivocada da saúde pública, com sérias dificuldades de visão global e acompanhamento em longo prazo de seus usuários. O conselho profissional também seguia os mesmos passos com uma atenção privilegiada e focada nos consultórios particulares. O presente livro demonstra o investimento gradativo na saúde bucal dos paranaenses com políticas públicas e focadas na prevenção e promoção da saúde.

Nos últimos anos o Conselho Regional de Odontologia do Paraná [CRO-PR] investiu num processo de gestão e aproximação das secretarias municipais e a estadual com termos de cooperação em várias áreas, mas sempre concentrando trabalho de valorização dos profissionais. Não há como dissociar as gestões participativas do ensino nos cursos de Odontologia, do poder público com gestões sucessivas e avanços pontuais na política estadual de saúde bucal, e o nosso conselho de classe que tem a obrigação de zelar pela profissão e saúde da população.

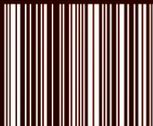
Em tempo, organizado por Rafael Gomes Ditterich, Guilherme Fernandes Graziani e Samuel Jorge Moysés, esta obra retrata a evolução da saúde bucal como política de estado, a importante mudança do perfil dos cursos de Odontologia e a consequente aproximação com a necessidade da Odontologia pública. Parabéns a todos os envolvidos nesta brilhante história, a qual jamais terá fim.

Juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) e o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (INESCO), o CRO-PR sente-se honrado em colaborar com a publicação desta obra, a qual será de grande interesse da classe odontológica para entender o crescente investimento na saúde bucal dos paranaenses.

Aguinaldo Coelho de Farias

Presidente do CRO-PR

ISBN 9788569508472



9 788569 508472 >

