

Um desafio para o cirurgião-dentista: a valorização da saúde

Alexander MÜLLER¹

Mari Raquel BOTLENDER TROJAHN¹

Rosana DOS SANTOS¹

Estela Maris Gassen GONÇALVES²

RESUMO

A saúde, como reflexo da melhoria na qualidade de vida, tem sido a meta dos países em desenvolvimento, mas há que se reconhecer as barreiras que dificultam tal processo. O trabalho realizado em dois bairros de Santa Cruz do Sul, RS, busca conhecer quais os serviços odontológicos mais procurados por essa população, considerando a renda *per capita* mensal, frequência e em que circunstâncias os moradores procuram o Serviço Único de Saúde (SUS). Uma entrevista domiciliar e a revisão de literatura fornecem subsídios para melhor compreender tais barreiras a partir de vivências locais. Vê-se necessidade de mudanças e, nesse sentido, a inserção da equipe odontológica no Programa de Saúde da Família (PSF) se apresenta como um desafio na prática e no pensar do cirurgião-dentista.

Palavras-chave: Utilização de serviço de saúde, sistema único de saúde (SUS), programa de saúde da família (PSF).

Data de recebimento: 21-7-2003
Data de aceite: 4-8-2003

¹ Acadêmico do Curso de Odontologia da UNISC/RS.

² Professora assistente da UNISC/RS e mestre em Odontologia Social e Preventiva pelo C.P.O. São Leopoldo Mandic/SP.

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Diante da dificuldade de acesso aos serviços de saúde resultante da desigualdade social, concorda-se com Prata (1994), ao afirmar que o conceito de desigualdade referencia a relação entre desenvolvimento e justiça social. A diversidade referente à distribuição de renda, educação, moradia, serviços (serviços de saúde, abastecimento de água e saneamento ambiental), emprego, bens de consumo e também ao poder de decisão acentua a exclusão social e o processo interminável pela busca da equidade nos serviços de saúde.

Na sociedade existe uma interação entre o processo social e o processo saúde-doença. Tem-se o processo social acontecendo em um momento histórico e o processo biológico ocorrendo dentro desse momento, portanto o processo social e o processo saúde-doença têm um caráter único, sem que seja imediatamente visível como um se transforma no outro (MELO-FILHO, 1996).

No processo saúde-doença na sociedade, existe a construção dos direitos em saúde, em que se destacam dois aspectos como fundamentais: o primeiro deles, a *construção de uma consciência sanitária*, entendida neste contexto como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa; o segundo aspecto, a *participação popular*, como mecanismo fundamental no referido processo (Bossi; AFFONSO, 1998).

As características do desenvolvimento econômico e de produção das últimas décadas em nosso país e as políticas de saúde voltam-se para ações de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade, por privilegiar uma medicina de alto custo, verticalizada e, prioritariamente, curativa. Seu enfoque biologicista não compreende ou não considera adequadamente as dimensões socio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecer das pessoas (TRAD; BASTOS, 1998).

No Brasil, adoecer está relacionado com a dor, sintoma patológico que mais leva pessoas aos médicos. Recentemente, a dor foi considerada o quinto sinal vital. Apesar disso, a incapacidade dos médicos de lidar com a dor de seus pacientes continua a ser um dos pontos críticos da medicina moderna. Essa inabilidade de lidar com a dor é consequência do modelo biomédico que consiste basicamente em três premissas: o corpo é uma máquina, a doença é consequência de uma avaria em alguma de suas peças e a tarefa do médico é consertá-la (CASTIEL, 1994).

Concomitantemente ao fato de as pessoas procurarem os serviços em presença de algum sintoma, a atenção à saúde vai se solidificando sobre uma concepção medicalizada, na qual as necessidades sentidas pelos pacientes, reais ou imaginárias, relacionadas com a dor e com o desconforto, devem ser resolvidas pelo médico. A clientela avalia a competência do médico pela receita prescrita (COHN et al., 1999).

Segundo Prata (1994), é importante compreender as implicações de todos estes fatores (históricos, políticos, econômicos e comportamentais) como determinantes das existentes desigualdades no bem-estar, na saúde e na mortalidade, tanto entre aqueles beneficiados pelo crescimento econômico como aqueles mantidos à sua margem. Se a relação crucial entre pobreza, saúde e doença é estrutural, a questão fundamental é repensar o papel das políticas de saúde na erradicação da miséria socialmente induzida e tolerada, bem como suas consequências. Os cuidados médicos não significam necessariamente melhor estado de saúde.

Sposati e Lobo (1992) lembram que, diante do modelo de saúde que se apresenta, vê-se uma "cidadania de escassez" a qual expõe para a população o risco de sobreviver. O indivíduo passa a ser um consumidor (individual e/ou coletivo) que sofre a lógica de mercado às avessas: paga primeiro pelos impostos, mas não tem o produto, só o direito virtual de atenção e a necessidade efetiva (a falta de saúde) para satisfazer.

O sistema de saúde também sofre com o processo de privatização da esfera pública, que tem como consequência o prevaletimento da lógica do lucro e da capitalização nos investimentos do setor. Em decorrência disso, constata-se hoje uma distribuição fortemente desigual dos equipamentos e dos resultados de saúde no País quando se consideram as dimensões regionais, urbano-rural e da rede urbana (COHN et al., 1999).

Conforme parecer de Sposati e Lobo (1992), a saúde não deve ser vista como um produto a ser consumido, mas, sobretudo, como o delineador do projeto que se quer como padrão de qualidade de vida de uma sociedade e, nela, de cada cidadão. Os mesmos autores salientam ainda que o controle social é um dos campos que constrói visibilidade aos movimentos de saúde. A partir da Constituição de 1988 e da legalização do SUS, a participação da população (por meio dos *Conselhos de Saúde*) já deveria ser uma situação consolidada. Hoje, as leis,

em princípio, amparam a participação da população nas políticas de saúde e são consideradas defensoras dos direitos sociais, porém há dificuldade de fazer com que as leis deixem de ser apenas instrumentos formais, passando-se à sua implementação e legitimação.

Castiel (1994) apresenta o campo da Saúde Pública mediante dois amplos critérios: a vinculação ao aparelho de Estado que se refere às formas de *agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições)*, no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas “necessidades sociais de saúde”, e a *dimensão coletiva* como objeto de intervenção. Diante da forma como o serviço de saúde se apresenta e diante do objeto de intervenção que é a coletividade, o Programa de Saúde da Família aparece como uma possibilidade de reestruturação do *serviço de atenção primária*, pois interpreta a **dimensão coletiva da saúde** como um domínio genérico de conflitos e práticas sociais dirigidas a um ideal de bem-estar das populações.

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e o documento que define as bases do programa destaca que, “[...] ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua [...]”, partindo de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e priorização de grupos populacionais (MS, 1994).

A concepção desse programa abrange conteúdos que integram as políticas públicas de saúde. Entretanto, as bases do PSF identificam-se com um modelo voltado para o atendimento domiciliar, com os seguintes aspectos: equipe multiprofissional; ação preventiva e de promoção à saúde a partir de prioridades epidemiológicas da área de abrangência (clientela de 800 a 1.000 famílias por equipe); ênfase nas ações programáticas visando a reduzir a demanda sobre os centros de saúde e hospitais; participação comunitária e controle social por meio dos Conselhos Municipais de Saúde (MS, 1994).

A inclusão do cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico em higiene dentária na estratégia de saúde da família propõe o multiprofissionalismo e a reordenação das práticas odontológicas, necessárias diante dos problemas bucais vividos pela sociedade. Essa nova prática

visa a ampliar o acesso da população à atenção básica, reorganizar os demais níveis de atenção do sistema local e capacitar, formar e educar permanentemente profissionais de saúde bucal, por meio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviços do SUS.

Travassos et al. (2000) afirmam que há uma grande complexidade do sistema de saúde brasileiro, estruturado segundo a lógica da oferta e da demanda, que agrava a desigualdade no consumo de serviços de saúde. Os autores referenciam ainda que vários inquéritos populacionais sobre condições de vida e saúde têm sido feitos para orientar a implementação de políticas públicas e alocação de recursos em vários países, a exemplo dos Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Suécia, Colômbia, entre outros. Esses inquéritos constituem base não só para a implementação, mas para o acompanhamento e avaliação das políticas em saúde. Quanto ao Brasil, os autores esclarecem que é um sistema de saúde misto que será universal e direito do cidadão, quando houver uma regulação pública efetiva e quando houver maior solidariedade financeira necessária à sua manutenção, orientadas pelas necessidades em saúde.

Mendoza-Sassi e Béria (2001), por meio de uma revisão sistemática sobre diversos fatores relacionados com a utilização dos serviços de saúde, constataram que os grupos de menor poder aquisitivo e menor escolaridade utilizam mais os serviços, mediados por uma necessidade de saúde mais acentuada.

MATERIAL E MÉTODOS

Entrevistas domiciliares pré-estruturadas foram elaboradas a partir de um questionário submetido a um estudo piloto, em outubro de 2002, no bairro Cristal/Harmonia.

As entrevistas foram realizadas no bairro Margarida/Aurora e Glória/Imigrante, em Santa Cruz do Sul, RS (SCS/RS). No primeiro bairro, a população é composta principalmente de famílias para as quais a principal ocupação é o trabalho em indústrias de beneficiamento de fumo (fumageiras) na época de safra, trabalho informal e autônomo, consecutivamente. O bairro conta com uma agente comunitária de saúde, integrante do Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) e com um posto de saúde com atendimento médico e sem atendimento odontológico. Possui água da rede pública,

coleta de lixo e energia elétrica. No segundo bairro, Glória/Imigrante, a população também tem como principal atividade rentável o trabalho durante a safra em fumageiras da região. Nesse bairro está implantado o PSF, porém no posto de saúde também não há atendimento odontológico. Há coleta de lixo, energia elétrica, água de rede pública, porém carece de sistema de esgoto.

Os alunos de odontologia realizaram as entrevistas domiciliares, em janeiro de 2003, com a colaboração das agentes comunitárias dos respectivos bairros. No bairro Margarida/Aurora, distante 2km do centro de SCS/RS, foram entrevistadas 57 famílias escolhidas de forma aleatória, e no bairro Glória/Imigrante, distante 5km do centro de SCS/RS, 30 famílias. A entrevista busca conhecer: a renda *per capita* familiar mensal, quais os serviços de saúde procurados, frequência e em que circunstâncias os moradores procuram o SUS. Os resul-

tados são apresentados em percentuais na forma de gráficos.

Devido à amostra ser pequena em relação à população dos referidos bairros (6.000 pessoas), os resultados foram confrontados com duas pesquisas, citadas na revisão de literatura, sobre o mesmo tema, a primeira de Travassos et al. (2000) sobre as desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil e a segunda, de Mendoza-Sassi e Béria (2001), sobre os fatores relacionados com a utilização dos serviços de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo mostra que as populações dos bairros Glória/Imigrante e Margarida/Aurora buscam, predominantemente, o SUS para tratamento odontológico, conforme gráfico a seguir.

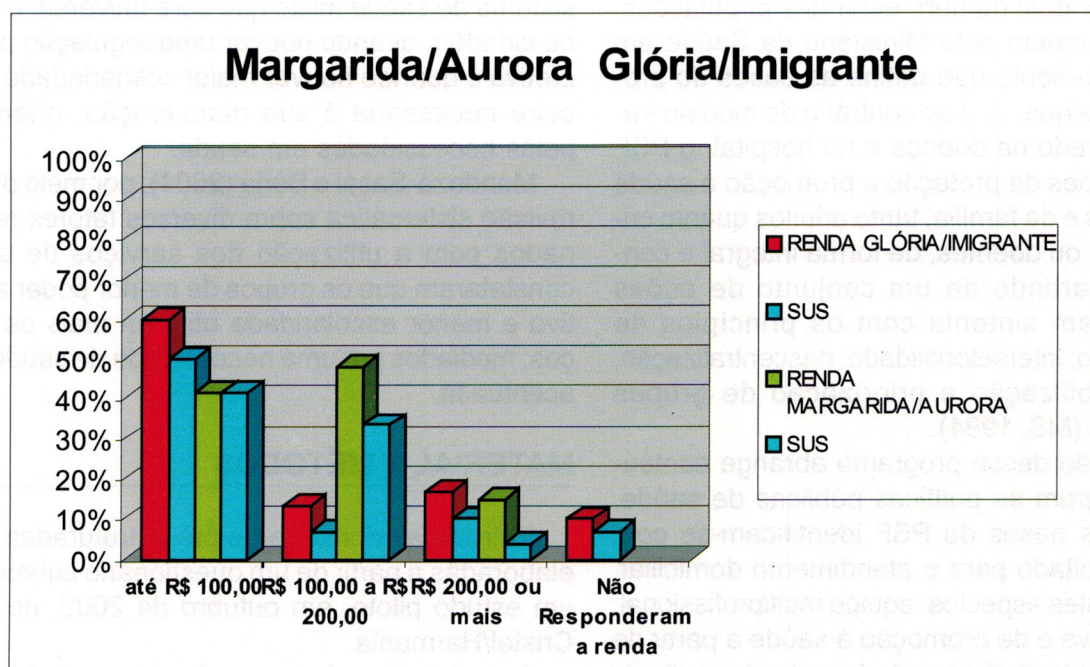


Gráfico 1 – Análise comparativa entre as rendas per capita mensal dos bairros Glória/Imigrante e Margarida/Aurora em relação à procura do Sistema Único de Saúde para atenção odontológica

Observa-se que, no bairro Glória/Imigrante, onde 60% da população recebem até R\$100,00 *per capita*, 50% procuram o SUS. No bairro Margarida/Aurora, onde 40% da população recebem até 100 reais *per capita* mensal, esses 40% procuram o SUS. Entre R\$100,00 e R\$200,00, no Glória/Imigrante, representam 12% dos pesquisados e 7% procuram o

SUS; já no Margarida/Aurora 49% representam essa renda e 32% procuram o SUS. Mais que R\$200,00 *per capita*, 17% no Glória/Imigrante recebem e 10% procuram o SUS enquanto 15% recebem no Margarida/Aurora e 3% procuram o SUS.

Diante desses dados, têm-se, a princípio, dois pontos a considerar: o primeiro é se a população

de baixa renda, ao procurar predominantemente o SUS, tem consciência do direito à saúde como cidadão; e o segundo é como o sistema de atenção odontológica tem se apresentado diante das necessidades de saúde bucal desses cidadãos.

A maior procura pelo SUS coincide com as menores renda nos dois bairros, o que não significa ter maior consciência sobre direitos de atenção em saúde, pois o *direito à saúde*, defendido na Reforma Sanitária e presente na Constituição, supõe que essa população, pela própria organização interna, consiga o reconhecimento e a efetivação desse direito a partir de suas experiências no processo de adoecer. Fato desmistificado nesta pesquisa, pois os dados mostram que a procura do serviço acontece quando a doença está presente (SPOSATI; LOBO, 1992).

Quanto à atenção odontológica, esta carece de integralidade. Ao concordar com Bossi e Affonso

(1998) que os condicionantes de saúde são resultantes das necessidades básicas satisfeitas, é possível relacionar os determinantes da doença com a pobreza e, portanto, torna-se fundamental repensar o papel das políticas de saúde, especialmente para essas populações de baixa renda, não apenas como prestadora de serviços, mas como um instrumento de controle social e reafirmação de cidadania.

As políticas odontológicas têm-se voltado para ações de baixo impacto para a melhoria das condições de saúde bucal, entre outros motivos, porque ignoram os conflitos e as práticas sociais em busca do bem-estar (TRAD; BASTOS, 1998).

Sposati e Lobo (1992), lembram que “[...] estamos longe de uma situação de igualdade de acesso a todos e muito mais longe da equidade de resultados dos serviços[...]”, fato refletido nos resultados a seguir.

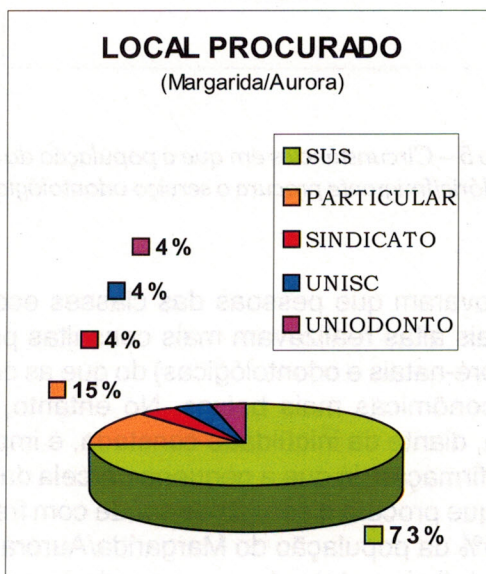


Gráfico 2 – Sistema de Serviços de Saúde Odontológicos procurados pelas famílias do bairro Margarida/Aurora

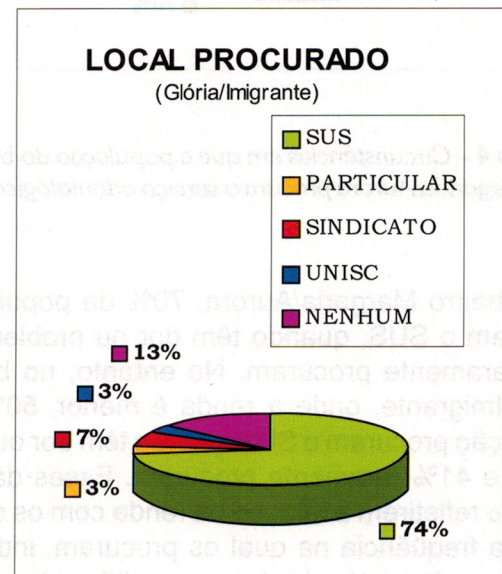


Gráfico 3 – Sistema de Serviços de Saúde Odontológicos procurados pelas famílias do bairro Glória/Imigrante

Embora este estudo mostre que o SUS é procurado por 73% da população do bairro Margarida/Aurora; 15% procuram o serviço particular; 4%, sindicatos; 4%, a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e 4%, a UNIODONTO. No bairro Glória/Imigrante, 74% procuram o SUS; 13% da população não procuram nenhum serviço odontológico; 7%, algum sindicato; 3%, o serviço particular e 3%, a UNISC. Podem-se comparar os dados encontra-

dos neste estudo com a pesquisa de Travassos et al. (2000) e tirar conclusões semelhantes, pois os autores, ao analisarem a estrutura de consumo de serviços de saúde entre grupos de diferentes rendas, em vários países, observaram que “[...]os grupos de maior renda usam predominantemente consultórios particulares e clínicas, ao passo que os de menor renda usam mais postos e centro de saúde[...]”.

- 7 MENDOZA-SASSI, Raúl; BÉRIA, Jorge. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-832, jul./ago. 2001.
- 8 PRATA, Pedro Reginato. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 387-391, jul./set. 1994.
- 9 SPOSATI, Aldaíaz; LOBO; Elza. Controle social e políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992.
- 10 TRAD, Leny Alves Bonfim.; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun. 1998.
- 11 TRAVASSOS, Cláudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

Correspondência para/Reprint request to:

Estela Máris Gassen Gonçalves

Rua Jorge Hoelzel, 15/102, Santa Cruz do Sul RS 96825-100.
Tel.: (51) 3713-1028 estelagassen@viavale.com.br

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados são consistentes com as pesquisas e estudos dos autores mencionados e com as conclusões de outros autores que afirmam que a participação da comunidade é essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A participação da comunidade é um processo contínuo e dinâmico que envolve a comunidade em todas as etapas do processo de planejamento, implementação e avaliação dos serviços de saúde. A participação da comunidade é um processo que envolve a comunidade em todas as etapas do processo de planejamento, implementação e avaliação dos serviços de saúde. A participação da comunidade é um processo que envolve a comunidade em todas as etapas do processo de planejamento, implementação e avaliação dos serviços de saúde.