

# Perspectivas da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e avanços

Carolina Dutra Degli ESPOSTI<sup>1</sup>  
Adauto Emmerich OLIVEIRA<sup>2</sup>  
Marta Zorzal e SILVA<sup>3</sup>  
Rita de Cássia Duarte LIMA<sup>4</sup>

## RESUMO

---

Reflete sobre a participação da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF), desde sua implementação em 2000. Destaca uma implantação tardia nessa estratégia, um perfil deficiente dos trabalhadores que nela atuam, em especial os cirurgiões-dentistas, para agir no desenvolvimento de ações resolutivas e de forma interdisciplinar, dada a formação tecnicista e biologicista recebida por eles. Sugere que mudanças sejam buscadas pelas instituições formadoras, não apenas em relação aos currículos, mas também no que se refere à integração teoria-prática. Aponta, ainda, ser necessária maior participação dos cirurgiões-dentistas na capacitação permanente dos profissionais relacionados com o serviço. O primeiro passo está dado, contudo é preciso escolher o caminho que leve a uma mudança de prática que beneficie a comunidade.

**Palavras-chave:** Política de saúde. SUS. ESF. Saúde bucal. Trabalhadores de saúde.

Data de recebimento: 21-8-2006  
Data de aceite: 16-11-2006

<sup>1</sup>Cirurgiã-dentista; mestranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva/UFES.

<sup>2</sup>Cirurgiã-dentista, professor doutor do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva/UFES.

<sup>3</sup>Cientista política, professora doutora do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva/UFES.

<sup>4</sup>Enfermeira; professora doutora do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva/UFES.

## INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde vigente hoje no Brasil vem sendo construído a cada dia. Segundo Campos (1992, p.16), é um “[...] modelo que nunca se completa, uma moda de não ser nunca o mesmo modelo [...]”. A partir dos anos 80, o neoliberalismo da nova ordem mundial levou a uma fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas referentes à saúde, sendo mais grave a situação dos países de economia capitalista dependente, com mínima intervenção estatal e corte nos gastos públicos. Nessa situação, há o comprometimento da Saúde Pública (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

O final da década de 70 e a década de 80 serão, para o setor saúde, fundamentais na superação do modelo médico privatista individual em curso e em crise nos seus vários padrões. Foi também um momento em que muitos movimentos convergiram no sentido da luta por mudanças na relação Estado-sociedade, na qual estava em jogo todo o processo de retomada da democracia, ou de redemocratização do País.

Na década de 80, num momento de retomada da democracia em nosso país, passou-se a postulação da reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. Seu objetivo foi aprofundar mudanças que se faziam urgentes para a superação da crise instalada. Nesse processo, a Constituição Brasileira, de 5 de outubro de 1988, deixa bem claras as novas atribuições do Estado em relação à saúde dos brasileiros. Em seu art. 196, fala do direito à saúde a que todos os brasileiros passam a ter, sendo este o dever do Estado. Já o art. 198 dispõe sobre as diretrizes das ações e serviços de saúde, que devem constituir uma rede organizada e hierarquizada, compondo um sistema único: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 2005a).

Desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, tem-se buscado a reorientação do modelo de Atenção Básica à Saúde em curso, por meio da mudança das ações desenvolvidas nesse âmbito. Os principais objetivos eram que houvesse a mudança dos conceitos em torno do processo saúde/doença e que os profissionais desenvolvessem suas atividades a partir de uma visão de prevenção e promoção da saúde, não se limitando apenas ao tratamento da doença já instalada. A portaria mais recente do Ministério da Saúde traz as diretrizes do trabalho a ser realizado na Atenção Básica à Saúde e também reafirma a Saúde da Família como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a).

Porém, por diferentes circunstâncias, a Odontologia ficou de fora, ao menos inicialmente, dessas políticas. Foi somente em 2000 que a saúde bucal foi inserida na ESF. O que normalmente se observa é a implementação da Odontologia sem um

planejamento prévio, baseando-se somente no atendimento de uma demanda espontânea (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 1992). Isso, por si só, já se torna um obstáculo a ser vencido pelos profissionais que estarão na linha de frente, isto é, aqueles que colocarão essa estratégia em prática e que prestarão o atendimento, e pela população, que busca a saúde bucal à que raramente tem direito.

Além disso, o fato de a Odontologia ter se fundamentado, historicamente, no tratamento da doença estabelecida torna difícil a compreensão, por parte dos demais membros da equipe de saúde, do papel do cirurgião-dentista nas atividades preventivas (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 1992). No trabalho multidisciplinar, como preconizado pela saúde da família, essa visão, por parte dos outros integrantes das equipes, pode dificultar a sua integração aos demais profissionais.

Um outro ponto a ser observado é o fato de que a saúde bucal coletiva tem tomado postura radical e se vinculado a projetos sociais opostos aos projetos neoliberais. Também chama a atenção a defesa de uma Odontologia sem adjetivos que, pelo conteúdo de sua prática, busque a afirmação de relações sociais mais democráticas. No contexto da América Latina, isso se torna um grande desafio (NARVAI, 2002), visto que o processo de retomada da democracia se deu em um passado recente e que a formação da identidade cidadã ainda está em construção, principalmente em nosso país.

Trata-se de um estudo que visa a discutir sobre a implantação das equipes de saúde bucal na saúde da família, analisar quais as possíveis dificuldades e limitações enfrentadas pelos profissionais envolvidos e quais as alternativas que se mostram para que a participação da Odontologia no Sistema Único de Saúde e, mais especificamente, na Estratégia Saúde da Família contribua para a melhoria da excelência dos serviços prestados, centrando-se na integralidade das ações e buscando a melhoria da qualidade de vida da população brasileira sob sua responsabilidade.

## OS CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL

Historicamente, a Odontologia vem se baseando num modelo tecnicista, centrado na figura do cirurgião-dentista e no tratamento da doença cárie. Com a evolução da *teoria preventivista*, buscaram-se ações que atuassem de maneira a diminuir os índices epidemiológicos dessa doença, sendo uma das alternativas a fluoretação das águas de abastecimento público. Apesar dos avanços obtidos, essa ação não foi suficiente, já que apenas pequena parte da população tinha e ainda hoje tem acesso aos serviços em saúde bucal.

Ainda que este campo assistencial não tenha estado à margem das transformações vividas pelo sistema de saúde nas últimas décadas, e ainda que as pressões populares por

acesso a serviços de saúde tenham incluído – e incluam – o acesso a cuidados odontológicos, tais serviços se têm revelado claramente insuficientes e ineficazes, do ponto de vista epidemiológico (NARVAI, 2002).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em pesquisa realizada por amostra de domicílios (PNAD), em 2003, revelou que o acesso aos serviços de saúde no Brasil está longe de ser o ideal. Um exemplo é a Odontologia. Foi demonstrado que uma parcela expressiva da população brasileira nunca foi consultada por um cirurgião-dentista: 15,9% da população, ou seja, 27,9 milhões de pessoas. Observou-se um acesso ainda menor entre a população de menor renda, já que 31% da população com renda familiar de até um salário mínimo nunca fez uma consulta odontológica (IBGE, 2005). Esse quadro é alarmante, pois a população de nosso país não tem acesso aos serviços odontológicos para que sua saúde seja completa. Isso aparece como reflexo de um sistema de saúde excludente e historicamente deficiente.

Visando à superação da crise e à reorientação do modelo de saúde no Brasil, criou-se o Sistema Único de Saúde, sob a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Em seu art. 3º, dispõe que os determinantes e condicionantes da saúde vão além do aspecto biológico. Entre eles, encontra-se a qualidade de vida, de trabalho e de educação (BRASIL, 2005b). Esse sistema, cujos princípios norteadores são a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, a regionalização, a hierarquização e a resolução dos serviços em todos os níveis de atenção (MENDES, 2001), busca mudanças que se fazem urgentes ao modelo de atenção à saúde da população, sob a perspectiva da melhoria da qualidade e do acesso aos serviços prestados.

Seguindo no desenvolvimento do sistema, emerge o então Programa Saúde da Família, estratégia para a efetiva reorganização do modelo assistencial. Teve início com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir de 1994, formaram-se as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2005c). Em 1997, a segunda versão oficial do PSF o reafirma como estratégia de reorganização do modelo assistencial (RIBEIRO et al., 2004) e, em 2006, recebe a denominação de Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

Essa estratégia excluía, no início, a saúde bucal. Porém, com a necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde propôs a inclusão de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família, como complementar à reorganização da Atenção Básica. Teve como objetivos diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde

bucal (BRASIL, 2005c).

A saúde bucal foi definitivamente incluída na estratégia do PSF em 28 de dezembro de 2000, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.444, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios, por meio da Estratégia Saúde da Família, sendo regulamentada pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001, que aprovou as normas e as diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia da ESF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2005c). A revisão de todas as ações e diretrizes da atenção básica e da saúde da família, incluindo determinações sobre o trabalho das equipes de saúde da família (ESF) e equipes de saúde bucal (ESB), se deu com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a).

Com isso, as ações de saúde bucal passaram, finalmente, a fazer parte da estratégia de reorganização do SUS. Um grande passo foi dado para a universalização do acesso aos serviços: em setembro de 2004, 8.812 equipes de saúde bucal atendiam a 43,6 milhões de brasileiros (POPULAÇÃO..., 2005). O consolidado de fevereiro de 2006 mostra um número ainda maior: 13.136 equipes de saúde bucal. Porém a relação ESB-ESF continua desigual: 52,2 (BRASIL, 2006b). Ao serem incluídos, esses profissionais defrontam-se com outro dilema: a falta de formação e preparo técnico político dos trabalhadores em saúde bucal de forma a darem conta das novas necessidades que, certamente, vão sendo criadas a partir de sua participação.

## SAÚDE DA FAMÍLIA: FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA O SUS

Os esforços para a superação da crise da saúde, principalmente no que se refere ao Sistema Único de Saúde e aos modelos assistenciais que vêm sendo experimentados, requerem, além de que os atores sociais dêem respaldo político institucional, a existência de quadros técnicos qualificados na área da saúde coletiva (PAIM, 2002). São necessários profissionais que tenham o compromisso de colocar a estratégia em prática. Segundo Corneta e outros (1996, p. 45), “As preocupações com as questões de recursos humanos nos serviços de saúde vêm de longa data [...]”.

Os pressupostos trazidos pelo PSF, de um modelo de valorização das ações de promoção e proteção à saúde, prevenção às doenças e atenção integral às pessoas, encontram um novo desafio: os trabalhadores do SUS. O perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para habilitá-los para o trabalho nessa nova perspectiva (GIL, 2005). A formação que recebem, na maioria dos casos, se distancia de práticas que objetivem a melhoria das condições de vida da comunidade, por meio de ações preventivas e integradas.

Vê-se a necessidade de se observar: como os profissionais envolvidos nesse processo, que passa por permanentes mudanças, são formados pelas universidades brasileiras (MATOS; TOMITA, 2005); se os profissionais que entram no mercado de trabalho estão recebendo capacitação necessária para a atuação decisiva nas equipes do PSF; e, mais especificamente, se os cirurgiões-dentistas permanecem na histórica tradição do tratamento da doença instalada.

Tem-se percebido que a formação em saúde vem se sustentando em pedagogias e metodologias de ensino tradicionais, afastando os sujeitos da prática do setor (CORNETA et al., 1996). Segundo Matos e Tomita (2005, p. 1543, grifo dos autores), apesar das modificações pelas quais vêm passando os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Odontologia, é necessário modificar a prática da educação, relacionando teoria com prática. Além disso, observa-se que aspectos religiosos e culturais determinam vieses na interpretação do “coletivo” e que as perspectivas dos estudantes parecem estar voltadas essencialmente para uma lógica de mercado, distanciando-se da prática de saúde centrada nas perspectivas do SUS.

Contudo, tão importante quanto a discussão da formação desses trabalhadores é a busca por alternativas para a situação dos profissionais que já fazem parte do sistema, num esforço de se minimizar a formação inadequada e garantir que as práticas desenvolvidas correspondam às diretrizes desse sistema (GIL, 2005). Algumas lacunas importantes precisam ser reconstruídas (MATOS; TOMITA, 2005), para que haja a formação de profissionais capacitados para o trabalho em saúde da família.

Especificamente em relação ao cirurgião-dentista, “[...] pouco ou quase nada tem sido feito no sentido de prepará-lo para trabalhar os problemas de forma preventiva e social” (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 1992, p. 41). Além disso, Gil (2005) ressalta que há baixa presença de cirurgiões-dentistas nos primeiros cursos de Especialização e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ofertados pelo Ministério da Saúde, o que pode ser explicado pela inserção mais recente da saúde bucal nessa estratégia.

As práticas executadas, de acordo com o modelo flexneriano, não valorizam a percepção de que os profissionais deveriam estar aptos a compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas (GIL, 2005). A Odontologia vem atuando historicamente de maneira similar, pautando-se num atendimento que visa à cura da doença já instalada.

Nesse sentido, o incentivo às políticas para os trabalhadores que atuam nas equipes é de fundamental importância. Para tal, em 1998, foram constituídos os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família,

pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (GIL, 2005), espaço onde os serviços de saúde e a universidade podem atuar em um ponto de intersecção (MATOS; TOMITA, 2005). A realização de cursos de introdução das equipes na lógica do PSF predominou. Porém, isso não foi suficiente e o Ministério da Saúde passou a incentivar a propagação de cursos de pós-graduação *lato sensu* (especialização e residência multiprofissional em saúde da família) (GIL, 2005), como incentivo à capacitação dos profissionais envolvidos no PSF.

## O TRABALHO INTERDISCIPLINAR

O trabalho em saúde é coletivo, envolvendo profissionais de saúde e diversos grupos de trabalhadores. As atividades desenvolvidas são necessárias para a manutenção da estrutura institucional, porém acabam ocorrendo de forma compartimentalizada, fragmentada, sem que se efetivem vínculos e encontros entre os atores envolvidos nesse processo (LIMA, 2001; RIBEIRO et al., 2005). O que se observa é que o campo da saúde vem sofrendo uma crescente especialização das áreas de conhecimento e de trabalho de seus profissionais, com perda da visão integral do caso e tomada de decisões mecanicamente. Sob essa ótica, argumenta-se que a constituição de equipes multiprofissionais milagrosamente compensaria a falta de responsabilização e a fragmentação criadas pela especialização excessiva (CAMPOS, 2002).

O número de especializações, na forma como estão organizadas, além das necessidades e seu rápido desenvolvimento, têm gerado uma crescente fragmentação do horizonte epistemológico. No caso da saúde, não atende, muitas vezes, às necessidades da população e nem da capacitação profissional. A esse respeito Japiassu (1976) afirma ser imprescindível que cada uma delas esteja apoiada em um espaço suficientemente amplo para que as relações de sua disciplina com as demais possam ser observadas sem, contudo, negligenciar o terreno de sua especialidade.

O Programa Saúde da Família trabalha com a idéia de integração multidisciplinar. Dentro dessa nova realidade, deve haver o trabalho em conjunto dos integrantes das equipes de saúde da família (ESF) (médico, enfermeiro, auxiliar de Enfermagem e agente comunitário) com os da equipe de saúde bucal (ESB) (cirurgião-dentista, técnico de higiene dental, auxiliar de consultório dentário), que passa a fazer parte daquela. Segundo Cardoso e outros (2002), para que a ESB atue de forma integrada ao PSF, deve ser efetivada uma capacitação técnica baseada em um projeto educacional que tenha as práticas de saúde bucal como eixo de integração das demandas comunitárias.

Visando ao estabelecimento de novas estratégias para a integração multidisciplinar e multiprofissional, necessita-se

fazer uma análise crítica do conhecimento, do processo de formação profissional e das práticas em saúde (PAIM, 2002). O cirurgião-dentista assim como os demais profissionais da Saúde da Família precisa ser um sujeito que tenha recebido qualificação profissional que facilite a integração a uma equipe e o desenvolvimento das ações programáticas que se colocam como estratégia de intervenção sobre a população, visando à efetivação do SUS (MATOS; TOMITA, 2005).

Ao se lançar um breve olhar sobre o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal no Espírito Santo, observa-se a falta de integração de grande parte dos cirurgiões-dentistas às atividades desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família. Boa parte das equipes (59%) afirma participar das reuniões em que são tratados o planejamento e a avaliação da estratégia. Entretanto, 23,1% não participam dessas reuniões, 6,4% declaram não haver reuniões de planejamento e 11,5% apenas participam em reuniões quando são tratados assuntos que se relacionem com saúde bucal (BRASIL, 2002). Esses dados revelam a falta de observância da integralidade das ações, a qual deveria ser prioridade no desenvolvimento das atividades cotidianas.

Um outro ponto ainda é o baixo impacto das ações desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas em conjunto com os outros profissionais de saúde da família, pela dificuldade de inserção desses profissionais em equipes multiprofissionais. Gonsalves (2005) ressalta o fato de a relação em uma equipe multiprofissional ter como base a informação técnica sobre pacientes, não sendo observadas discussões mais abrangentes em relação à comunidade e suas necessidades, exceto quando da realização de campanhas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de saúde propõem uma reorganização da atenção de saúde bucal, pela inserção de suas ações no PSF (MATOS; TOMITA, 2004). Contudo, é necessário (re)configurar o objeto privilegiado *saúde*, objetivo para se alcançar uma apreensão eficiente do objeto, no sentido de que ele deve gerar uma *práxis*, em vez de apenas constituir-se em produção e incorporação de tecnologia (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Programas de educação permanente em Saúde Coletiva nas instituições envolvidas nos serviços de saúde têm o objetivo de recompor e atualizar os elementos das práticas de saúde, com a instalação de novas relações técnicas e sociais no processo de trabalho em saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Porém, para que o Ministério da Saúde possa desenvolver a adequação dos programas de formação e atualização dos trabalhadores de saúde inseridos na saúde da família, é neces-

sário que se conheça o perfil desses agentes (GIL, 2005).

[...] o trabalho do PSF necessita de novas relações entre os membros da equipe, consubstanciadas na responsabilidade e complementaridade da ação multiprofissional, da (re)construção do objeto de conhecimento/intervenção e de autonomia para utilizar estratégias/tecnologias de intervenção (PEDROSA; TELES, 2005, p. 310).

É importante lembrar que a preparação de trabalhadores estratégicos para que o SUS se consolide é essencial, tanto no que diz respeito à sua legitimação, quanto no que se refere à integração do ensino com o serviço, na perspectiva de uma prática de saúde integral, que envolva diversos profissionais e considere a saúde bucal de maneira mais ampla, como essencial à qualidade de vida (CARDOSO et al., 2002). O ideal é que, já na graduação, houvesse uma preocupação com a formação em saúde numa visão mais ampla do processo saúde/doença e da necessidade da integralidade das ações, à custa de um trabalho interdisciplinar.

Nesse sentido, buscou-se a reflexão de alguns pontos de relevância para a adequação das funções dos trabalhadores em saúde bucal a essa nova estratégia, que é a Estratégia Saúde da Família. Contudo, várias observações certamente deixaram de ser feitas. Não havendo a proposição de se esgotar o assunto, espera-se que as ponderações aqui desenvolvidas possam, de alguma maneira, contribuir com o desenvolvimento da saúde bucal no Brasil.

## ABSTRACT

### PERSPECTIVES OF THE ORAL HEALTH IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM: DIFFICULTIES AND ADVANCES

It reflects on the participation of the oral health in the SUS and in the Family Health Program (ESF), since its implementation in 2000. It detaches a delayed implantation in this strategy, a deficient profile of the workers who in it act, in special the dentists, to act in the development of resolute actions and in a interdisciplinary way, given the technician and biologist formation received. It suggests changes are searched by the health schools, not only in the resumes, but also the theory-practical integration. It points, still, to be necessary greater participation of the dentists in the qualification of the workers related to the service. The first step is given, however it's necessary to choose the way that has led to a change of practical that benefits the community.

**Keywords:** Health policy. SUS. ESF. Oral health. Health workers.

## REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Equipes de Saúde Bucal**: Espírito Santo, 2002.
- 2 \_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2005a.
- 3 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2005b.
- 4 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**: equipes de saúde bucal. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.psfbrazil.com.br/biblio/informes/it34.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2005c.
- 5 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de maio de 2006. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2006a.
- 6 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Consolidado de equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família**: fevereiro de 2006. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/saude\\_familia.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/saude_familia.php)>. Acesso: em 22 maio 2006b.
- 7 CAMPOS, G. W. de S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 37, p. 16-19, 1992.
- 8 \_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 229-266.
- 9 CARDOSO, A. C. C. et al. Inserção da equipe de saúde bucal no PSF: um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 26, n. 1/2, p. 94-98, jan./dez. 2002.
- 10 CORNETA, V. K.; MAIA, C. da C. A.; COSTA, W. da G. A. A reorganização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde e a formação de recursos humanos. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 44-49, 1996.
- 11 GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 49-498, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2005.
- 12 GONSALVES, E. M. B. **O processo de trabalho do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família**: uma contribuição à construção do SUS. 2005. 139 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.
- 13 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional por amostras de domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde: 2003. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 21 jun. 2005.
- 14 JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- 15 LIMA, R. de C. D. **A enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: Edufes, 2001.
- 16 MATOS, P. E. de S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1538-1544, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/11.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2005.
- 17 MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomo I.
- 18 NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002.
- 19 OLIVEIRA, M. de F. J. de; ALBUQUERQUE, A. J. de. Participação popular e prática odontológica em serviço público de saúde: uma experiência. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 37, p. 40-43, dez. 1992.
- 20 PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- 21 PAIM, J. S. **Saúde**: política e reforma sanitária. Salvador: ISC, 2002.
- 22 PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n3/5017.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2005.
- 23 POPULAÇÃOtematendimentoodontológicoespecializado. **Saúde, Brasil**, Brasília, n. 103, p. 5, dez. 2004. Especial. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal>>. Acesso em: 5 jul. 2005.
- 24 RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, maio/abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2005.

Correspondência para/Reprint request to:

**Carolina Dutra Degli Esposti**

R. Itaoca, 2, Ed. São Camilo, apt. 202, Alvorada, Vila Velha/ES 29117-490. Tel.: (27) 3316-29317/3226-6449

Email: carolina.esposti@terra.com.br

# Sistema procera: conceito allceram

Bianca Rossi COUTINHO<sup>1</sup>  
Kátia Regina H. C. DIAS<sup>2</sup>

## RESUMO

---

A presente revisão de literatura tem como objetivo apresentar o sistema PROCERAAllCeram, descrevendo procedimentos clínicos e laboratoriais para a sua confecção bem como a sua composição, comportamento clínico, biomecânico e estético, comparando-o com os outros sistemas cerâmicos do tipo *metal-free*. Como fonte, foram tomadas publicações científicas recentes baseadas em estudos experimentais que avaliam a performance desse novo sistema cerâmico.

**Palavras-chave:**  
**Restauração estética posterior. Cerâmica. PROCERA.**

Data de recebimento: 8-12-2005  
Data de aceite: 6-7-2006

<sup>1</sup>Especialista em Dentística Estética e Restauradora – PUC-RJ.  
<sup>2</sup>Professora titular da FO-UERJ.

## INTRODUÇÃO

A procura pelos pacientes bem como o desejo dos profissionais de Odontologia em buscar soluções cada vez mais associadas à estética têm motivado, nos últimos anos, esforços da indústria odontológica para a melhoria dos materiais tanto no aspecto da estética como também no biomecânico. Nessa busca, surgiram as próteses convencionais metalocerâmicas, sendo utilizadas desde a década de 70 com resultados bastante positivos. Porém, com relação à luminosidade e translucidez, elas ainda apresentam limitações e nem sempre conseguem assemelhar-se a um dente natural (BOTTINO, 2002).

No início dos anos 90, a Odontologia sofreu um impulso que não se conhecia. Podemos hoje indicar restaurações estéticas obtendo resultados compatíveis com as metalocerâmicas no aspecto biomecânico, se indicadas corretamente. Nesse contexto, surgiu o sistema cerâmico PROCERA. Trata-se de restaurações de cerâmica indiretas chamadas de “*metal-free*” (livres de metal) caracterizadas por alta resistência, estética e biocompatibilidade. Possuem propriedades que permitem o seu emprego sem necessidade de reforço interno com estrutura metálica (FRANCISCHONE; VASCONCELOS, 2000).

## REVISÃO DE LITERATURA

### Histórico

A primeira coroa de porcelana feldspática foi apresentada por Land em 1886. No entanto, no início do século XIX, sua indicação limitava-se à região anterior por causa da fragilidade desse material. Em 1965, Mc Lean e Hughes introduziram na Odontologia uma técnica de reforço da porcelana dental com alumina, otimizando as propriedades mecânicas dessas coroas (OTTL et al., 2000).

As cerâmicas, por apresentarem excelência estética, vêm, desde então, sofrendo modificações estruturais com finalidade de torná-las mais resistentes e de ampliar suas áreas de indicação. Podemos enumerar alguns passos evolutivos importantes nesse sentido, como a criação do sistema Cerestore, em 1983 (Coors Biomedical), tendo seu núcleo reforçado por 60% de alumina, podendo ser indicado também para dentes posteriores, e o sistema Hi Ceram (Vita) contendo a mesma porcentagem de alumina que o Cerestore, no entanto com procedimentos laboratoriais menos complicados, aumentando sua previsibilidade, sendo, posteriormente, substituído pelo sistema In Ceram (Vita). Esse sistema, criado em 1990, é baseado em um núcleo com 70% de alumina, obtendo-se

uma sutil melhora na resistência em relação ao sistema anterior (ÖDMAN; ANDERSON, 2001).

Em 1993, obteve-se mais um grande avanço na busca pela resistência de coroas cerâmicas, quando o sistema PROCERA (Nobel Biocare, Yorba Linda, EUA), criado pelo Dr. Matts Andersson, na Suécia, apresentou o conceito AllCeram. Trata-se de um sistema baseado na tecnologia CAD/CAM, que adota o conceito de desenho e manufatura auxiliado por computador, para fabricar coroas contendo mais de 99,9% de alumina em seu núcleo, combinando com uma porcelana especial para recobrimento, constituindo, assim, a coroa protética (OTTL, 2000; ÖDMAN; ANDERSON, 2001).

### Fabricação e composição

Desenvolvido por Andersson e Odén, em cooperação com a Nobel Biocare, o sistema Procera AllCeram requer um aparato laboratorial que dispõe da tecnologia CAD/CAM (Computer Aided Design/ Computer Aided Machine) para a produção industrial de coroas de porcelana pura. O sistema CAD utiliza um “*scanner*” de troquel e um computador padronizado. O troquel é colocado na base do *scanner* que tem um dispositivo especial que permite a rotação do troquel em torno de seu eixo axial. Uma esfera de safira, através da qual passa uma luz laser, contacta a superfície do troquel, conforme ele gira, realizando sua leitura (FRANCISCHONE; VASCONCELOS, 2000).

O procedimento leva em torno de três a cinco minutos. Dessa maneira, aproximadamente 30.000 medições são realizadas. Após a conclusão desse processo, os dados são armazenados no computador e podem ser transmitidos “via modem” para a estação de produção. Atualmente, existem dois centros de produção dos copings PROCERA: um em Sandvik, Estocolmo (Suécia) e outro em Mahwah, Nova Jersey (EUA).

Depois de as imagens obtidas terem sido interpretadas pelo programa, uma fresa monitorada pelo computador usina um segundo modelo com aumento de 12 a 20% em relação ao troquel-mestre, com o propósito de compensar a contração da alumina durante o seu processamento. Sobre o troquel duplicado, o pó de alumina altamente puro (99,9%) é aplicado e submetido à compactação sob alta pressão, proporcionando a eliminação de poros entre as partículas de alumina. Essa infra-estrutura é ainda submetida à sinterização durante uma hora (1.550° C). O casquete passa por um controle de qualidade e é enviado por correio para a prova na boca do paciente. No laboratório, posteriormente, o ceramista pode, então, terminar a restauração aplicando uma porcelana sobre este *coping*. O produto final é altamente resistente, permitindo que o *coping* permaneça com 0,3 a 0,4mm de espessura, podendo ser indicado para qualquer dente da arcada (SOARES et