

**A ODONTOLOGIA NA CLÍNICA DA FAMÍLIA POR UMA VISÃO ACADÊMICA****ODONTOLOGY IN THE FAMILY CLINIC BY AN ACADEMIC VIEW****CAROLINA DOS SANTOS RANGEL<sup>1</sup>; ISABEL CRISTINA DOS SANTOS MELO ALVES<sup>1</sup>; TALITA DA SILVA REIS<sup>1</sup>; LEILA CHEVITARESE<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmicas do Curso de Odontologia da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO), Duque de Caxias-Rj.

<sup>2</sup>Professora Orientadora do TCC do Curso de Odontologia da UNIGRANRIO, Duque de Caxias-Rj.

**RESUMO**

Este artigo trata-se de um relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas durante o Estágio Obrigatório da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO), que ocorreram em duas Clínicas de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro. São discutidos assuntos relacionados às atividades clínicas realizadas nesse estágio, observadas pelo ponto de vista acadêmico.

**DESCRITORES:** Atenção Básica; Atenção Primária; Odontologia

**ABSTRACT**

This article is about an experience report about the activities during the mandatory internship of the Grande Rio Professor José de Souza Herdy University (UNIGRANRIO), that took place in two Family's Health Clinics in the City of Rio de Janeiro. Recurrent themes regarding the clinic activities are discussed, observed by an academic view.

**KEY WORDS:** Basic Attention; Primary Attention; Odontology

**INTRODUÇÃO**

“A atenção primária é constituída pelas equipes de Atenção básicas e unidades básicas de saúde (UBS), que desempenham um importante papel na garantia de acesso da população à saúde de qualidade. Elas são instaladas onde as pessoas trabalham, moram e vivem, devido a sua localização é a principal porta de entrada da população a toda rede de atenção à saúde” (BRASIL 2012).

Nestas unidades são oferecidos atendimentos gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia (BRASIL, 2016). O Serviço odontológico ofertado, não se limita ao atendimento clínico, mas também, ações preventivas, levantamento epidemiológico, educação em saúde e serviços à população com necessidades especiais (ANTUNES e NARVAI, 2009). Porém, segundo Ronzani e Stralen 2003, apesar dos novos formatos de atendimento, o modelo de atenção individual curativo continua prevalecendo. O antigo programa de saúde da família (PSF), agora denominado Estratégia Saúde da Família, tem como objetivo a organização da prática de atenção à saúde focada na família, para uma melhor qualidade de vida (PEREIRA ET AL, 2009).

A oferta do atendimento odontológico gratuito começou a aumentar no ano 2000, com a incorporação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família, e em 2004 com o estabelecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (ANTUNES e NARVAI,2009).

Um dos maiores agravantes de doença bucal no Brasil são os problemas relacionados ao periodonto, que podem ter seu início ou progressão devido principalmente a diabetes, imunodepressão, má higienização oral, fumo e fatores sócio-culturais. Os problemas periodontais estão diretamente relacionados ao parto prematuro, diabetes e doenças vasculares e cardíacas, sendo considerados fatores de risco para esses problemas (BRASIL, 2008). O índice de doença periodontal na população brasileira é alto, onde segundo um estudo realizado em 2010, 64,1% dos adultos na faixa etária de 35 a 44 anos apresentam cálculo e 45,8% apresentam sangramento gengival (BRASIL, 2011).

No âmbito da periodontia, é de responsabilidade da atenção básica ofertar raspagem e alisamento supragengival e subgengival, remoção nos fatores de retenção de placa, instrução de higiene oral e cirurgias compatíveis com a estrutura da Clínica da Família, como gengivectomia, aumento de coroa clínica, entre outros procedimentos de baixa complexidade, além dos tratamentos de urgência como Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda (GUNA), gengivoestomatite herpética (GEHA) e abscessos (BRASIL, 2008).

No âmbito endodôntico, em nível de atenção básica, é responsabilidade do cirurgião-dentista resolver situações de emergência do paciente com medicação e troca de curativos, enquanto o mesmo aguarda atendimento especializado (BRASIL,

2008). Em cada local, deve-se considerar a possibilidade de incorporar procedimentos mais complexos na atenção básica, que contribui para aumentar o vínculo e a credibilidade entre a população e a Clínica da Família (BRASIL, 2004). O tratamento endodôntico também pode ser realizado na Clínica da Família, conforme disponibilidade de equipamento e estrutura. As pulpotomias deverão ser realizadas na atenção básica, mesmo em casos de rizogênese incompleta e vitalidade pulpar. As unidades de referência atendem como regime de complemento as unidades básicas (BRASIL, 2008).

O paciente quando encaminhado para o CEO deverá ter recebido tratamento na Clínica da Família com adequação do meio bucal, remoção de focos infecciosos, estar sem dor, remoção do tecido cariado no elemento a ser tratado, restauração provisória e coroa clínica suficiente para realização do isolamento absoluto (BRASIL, 2008). A restauração do elemento tratado deverá ocorrer na Clínica da Família, com material adequado (BRASIL, 2001).

## **OBJETIVO**

Demonstrar a experiência vivida e a visão crítica de acadêmicas de Odontologia durante o estágio supervisionado obrigatório nas Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Esse relato tem por objetivo apresentar a vivência do ESTÁGIO SUPERVISIONADO de acadêmicas do Curso de Odontologia da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO) em duas Clínicas da Família do Rio de Janeiro.

As Clínicas da Família (CF), aqui designadas CF1 e CF2, ambas situadas no município do Rio de Janeiro.

Essas localidades, onde se situam as Clínicas da Família possuem características sociodemográficas semelhantes. Caracterizam-se por apresentar população de baixo nível socioeconômico, estrutura residencial precária e áreas com falta de saneamento básico.

As Equipes de ambas as Clínicas da Família eram compostas de 01 Médico, 01 Enfermeira (o), 01 Cirurgião-Dentista, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Técnica em

Saúde Bucal (TSB), 01 Auxiliar em Saúde Bucal e em média 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe.

O Processo de trabalho das equipes dentro do território consiste em realização de visitas domiciliares, trabalho nos espaços sociais com ênfase nas escolas e atendimento dos agendamentos de pacientes pelos ACS nas Clínicas da Família.

Durante o período do Estágio Supervisionado II e III que aconteceu de agosto de 2014 a julho de 2015, como experiência obrigatória, tivemos a oportunidade de vivenciar apenas atendimentos em consultório dentro das Clínicas da Família.

Durante os atendimentos foi possível perceber pacientes com grande prevalência de lesões de cárie ativa cujo tratamento era realizado com ênfase curativa. Muitas extrações foram realizadas como resposta ao agravamento da situação clínica da cárie dentária. As extrações eram realizadas sem o auxílio de radiografias pela ausência do aparelho radiográfico odontológico. Muitas extrações, também tinham como causa a impossibilidade de absorção dos pacientes, com elementos dentários que poderiam ser mantidos pela realização de tratamentos endodôntico e periodontal, pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) devido a superlotação do mesmo.

Os pacientes quando diagnosticados com problema periodontal, fosse ele classificado como gengivite ou periodontite pela Cirurgiã-Dentista da unidade, eram imediatamente encaminhados para a TSB que realizava uma sessão de raspagem supragengival, liberando o paciente em seguida.

A vivência na CF1 nos permitiu participar com o conteúdo da Odontologia em campanha preventiva organizada para gestantes, fumantes, diabéticos e crianças. Com isso foi possível agregar a saúde bucal que também é considerada uma ação mínima pelo Ministério da Saúde as demais ações também consideradas mínimas pelo próprio Ministério.

A experiência como estagiárias nas Clínicas da Família nos acrescentou muito, nos trouxe mais segurança e um olhar crítico sobre o atendimento na rede pública, onde pudemos conhecer de perto a necessidade da população Brasileira. Com isso, nos fez refletir sobre como, nós cirurgiões dentista, poderemos interferir e contribuir para uma melhoria na saúde geral da população.

## DISCUSSÃO

A vivência não nos possibilitou conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes no que diz respeito às visitas domiciliares e o desenvolvido em espaços sociais incluindo as escolas. Sabemos a importância das visitas domiciliares, pois além de criar um vínculo maior entre profissional e indivíduo, a atenção domiciliar e assistência domiciliar à saúde, são atividades que facilitam ações de promoção à saúde como um todo, influenciam no processo saúde-doença e envolvem atividades educativas, preventivas e auxiliam na recuperação e manutenção da saúde do indivíduo e de seus familiares no contexto de suas residências (GIACOMOZZI E LACERDA, 2006).

Para Marinho e Pereira (1998) a cárie dentária tem sido tradicionalmente diagnosticada pelo emprego da sonda exploradora e espelho clínico. A radiografia é classificada como um método auxiliar de diagnóstico de problemas bucais, e quando realizadas periodicamente servem como auxiliar de tratamento preventivo (MARINHO E PEREIRA, 1998). Durante a prática nas Clínicas da Família, sentimos falta da radiografia como método auxiliar, visto que as radiografias periapicais nos possibilitam uma visão detalhada dos elementos dentais e do tecido ósseo adjacente e são indicadas para localização e diagnóstico de cáries, a relação dos dentes permanentes com dentes decíduos, entre outras. E as interproximais permitem visualização simultânea das coroas dos dentes superiores e inferiores (BRITO, 2012). Além de não permitir o diagnóstico adequado, evitando dessa forma o sobre ou subtratamento, não permitiu a concretização de tratamento preventivo, impedindo o agravamento das doenças bucais, tais como cárie e doença periodontal.

Quando se pensa na impossibilidade de absorção dos pacientes pelos CEO's para a realização de tratamento endodôntico e periodontal, sabe-se que ela é real pela prevalência destes problemas dentro do território. Nas localidades trabalhadas, essa demanda ainda se encontra agravada pelo fato da ausência da radiografia como discutido acima. Possibilidade de diminuir a não absorção pelo CEO seria pensar em organizar fluxos de referência e contra-referência a partir de convênios para tratamentos específicos como aqui citados, como convênios com consultórios ou clínicas particulares, como previsto na Legislação do SUS- lei 8080/90 (BRASIL, 1990) ou mesmo criar mais CEOs como base no fluxo de demanda.

Com os problemas aqui citados e devido a demanda de pacientes com problemas dentários cuja origem é a placa bacteriana, há importância de se trabalhar as medidas preventivas tais como escovação dentária supervisionada, aplicação tópica de flúor e atividades educativas que motivem os pacientes a manterem rotinas saudáveis de higiene bucal, como constam na PNAB (BRASIL, 2012). Tais ações evitariam a necessidade de tratamento endodôntico, ou mesmo extrações dentárias, fato esse que não foi observado durante a nossa permanência nas Clínicas da Família acompanhadas. Tal realidade reforça o fato de se estender a oferta dos cuidados em saúde, para além dos muros da Clínica da Família ou mesmo intramuros, trabalhando com cada paciente que venha para a consulta odontológica, estimulando o cuidado bucal.

O Tratamento indicado para Periodontite é de raspagem supra e subgengival, que podem ser realizados na Atenção Básica, Para determinar se um paciente deverá ser encaminhado para o CEO, deverá ser realizada a sondagem do mesmo. Pacientes com periodontite podem ser encaminhados desde que tenham o diagnóstico inicial de uma ou mais bolsas com profundidade de sondagem e perda de inserção acima de 6mm (BRASIL, 2001). A aplicação do correto protocolo periodontal nas CF1 e CF2, que incluísse a sondagem dos elementos dentários comprometidos talvez pudesse contribuir para a referência de pacientes para o CEO, com vistas a realizar tratamento periodontal especializado.

Uma oportunidade que foi oferecida se refere à participação no grupo de gestantes. Ali tivemos que abordar conteúdos relacionados aos cuidados de saúde bucal para gestante e seu futuro bebê. Essa oportunidade nos permitiu recapitular e colocar em prática os conteúdos relacionados à prevenção bem como trabalhar com outros profissionais, antecipando a prática profissional em equipe. Sendo assim, houve a troca de experiência e aprendizado entre os envolvidos, o que caracteriza a educação permanente (CECCIM E FERLA, 2009).

A possibilidade de transformar sorrisos destruídos pela cárie dentária tão prevalente nas comunidades adscritas às Clínicas da Família trabalhadas, em sorrisos reconstruídos pela alegria, autoestima e pela estética restaurada, nos mostrou o quanto importante é a nossa profissão e o quanto a Odontologia evoluiu nesses últimos anos com a chegada da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Ressaltamos que a base do olhar crítico e construtivo aqui apresentado se deve ao fato da formação acadêmica recebida no Curso de Odontologia da UNIGRANRIO, que além do embasamento teórico apresentado e discutido em sala de aula ao longo de nossa formação acadêmica, nos possibilitou vivenciar a realidade das Clínicas da Família, cenários reais de trocas e formação. Como resultado, levamos para a vida profissional a experiência vivida e o compromisso responsável do cuidado de pessoas que esperam e confiam em nós enquanto profissionais de saúde.

## CONCLUSÃO

Pode ser concluído que a vivência nas CF1 e CF2 nos permitiu ter contato mais próximo com a realidade que será por nós vivenciada, com os aspectos que precisam ser trabalhados para melhorar a oferta de cuidados em saúde, não só na atenção básica como na secundária e com o aumento da autoestima de pacientes que receberam os cuidados odontológicos.

## REFERÊNCIAS

- Ministério da saúde. Saúde Bucal. Caderno de atenção básica n. 17. Brasília, 2008.
- Ministério da saúde. Manual de especialidades em saúde bucal. Série A. normas e manuais técnicos. Brasília 2008.
- Ministério da saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília 2004.
- Prefeitura do Rio de Janeiro. Protocolo de rotina de funcionamento dos serviços de saúde bucal na atenção básica, média e alta complexidade. Rio de Janeiro, 2001.
- BRASIL. Ministério do Planejamento. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/Clínica da Família-unidade-basica-de-saude>. Acesso em 13 abril. 2016.
- Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev. Saúde Pública 2010; 44(2): 360-5.
- Pereira et al. Impacto da estratégia saúde da família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, maio 2009.
- Ronzani TM, Stralen CJ. Dificuldades de implantação do programa saúde da família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileira. Ver. APS 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2011 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Resultados Principais. Brasília, 2011.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

Brito MVG. A Importância da Radiologia na Odontologia. Rev. Naturale. Editora Diagarde. 11ªed. 2012.

Giacomozzi CM, MR Lacerda. A Prática da Assistência Domiciliar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 645-53.

BRASIL. FIOCRUZ. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em 06 de Abril de 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>. Acesso em 15 de Abril de 2016.

Marinho VA e Pereira GM. Cárie: Diagnóstico e Plano de Tratamento. r. un. alfenas, alfenas, 4:27-37, 1998.