

1 Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reordenar as práticas de saúde no âmbito da atenção básica em novas bases e critérios, com foco na família, a partir do seu ambiente físico e social. Posteriormente definido como estratégia, reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (GROISMAN, 2005).

O PSF teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, no qual já se trabalhava a família como unidade de ação programática. Os bons resultados do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, levaram à busca da ampliação e maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família. O PSF produziu um consenso quanto a um projeto de mudança do modelo de saúde hegemônico que nenhum outro projeto na história do SUS conseguiu. Contribuiu, ainda, para o acirramento das discussões sobre a necessidade de uma nova lógica de financiamento, que não a por procedimentos (ANDRADE, 2001).

A Equipe de Saúde da Família é composta por um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia de assistência integral e primária à saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários). A inclusão de Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF teve a sua concretização através da Portaria 1.444/GM de 2000, na qual o Ministério da Saúde (MS) determinou o incentivo financeiro às Equipes de Saúde Bucal no PSF. Foram definidas duas modalidades de equipes, sendo a modalidade I composta de um Cirurgião-Dentista (CD) e um Atendente de Consultório Dentário (ACD) e a modalidade II de um cirurgião-dentista, um Atendente de Consultório Dentário e um Técnico em Higiene Dental (THD). Os objetivos foram diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, já que esta até esse período era destinada basicamente à população escolar e ao atendimento às urgências dos demais grupos populacionais (BRASIL, 2001).

Em 24 de dezembro de 2008 a LEI N° 11.899 regulamentou o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), anteriormente denominados na composição da Equipe de Saúde Bucal como Técnico em Higiene Bucal (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), respectivamente. (http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos_vol4.pdf)

Meu interesse em estudar esse tema surgiu da condição de estar fazendo parte de uma Equipe de Saúde Bucal integrada ao PSF e verificar como um Cirurgião-Dentista é importante para uma Equipe de PSF, principalmente em um município do norte de Minas Gerais, tão carente como é o município de Poté, onde trabalho desde 2007.

2 Objetivos

Objetivo geral

Mostrar a importância da inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família tomando como base a experiência de um município de pequeno porte.

Objetivos específicos

- a) Fazer uma revisão da literatura sobre as ações realizadas pelos profissionais de Odontologia no PSF;
- b) Identificar as vantagens que a inclusão da equipe de saúde bucal no Programa trouxe para a população do município pesquisado.

3 Metodologia

Para a elaboração do presente trabalho, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados Medline, Scielo e CFO, utilizando as palavras-chave Odontologia, Programa Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde Coletiva, Sistema Único de Saúde e em livros publicados pelo Ministério da Saúde e revistas especializadas. O uso dessas palavras-chave através dessas bases de dados, gerou material em quantidade significativa, mas foram incluídos somente trabalhos de revisão de literatura que tratavam da inclusão da Equipe de Saúde Bucal no PSF e que tivessem sido publicados a partir de 2000, uma vez que a incorporação desses profissionais no PSF ocorreu a partir deste ano.

Foram analisados dados da Secretaria Municipal de Saúde de Poté no período de 1996 a 2008. Os dados foram obtidos através de consulta no SIAB e de dados para controle interno das ações de Saúde Bucal no município de Poté, também no período de 1996 a 2008.

4 Revisão da Literatura

Segundo Roncalli (2003) com a implantação do SUS em 1988 foi trazido um grande desafio para a saúde bucal coletiva, que deveria reformular as suas práticas para responder as suas diretrizes. A saúde bucal adquire maior importância quando se fala em qualidade de vida da população, sendo necessário que se busque mecanismos que ampliem o âmbito de suas ações e viabilizem mudanças no perfil epidemiológico brasileiro. A luta pela saúde bucal está diretamente vinculada à melhoria de determinantes sociais, políticos e econômicos.

Na sua concepção, o PSF não incluiu em sua equipe básica o Cirurgião-Dentista. Porém, se esse programa pretendia ser uma estratégia eficaz no enfrentamento dos problemas de saúde no Brasil, a Odontologia não poderia ser prescindida. A inclusão da Odontologia no PSF só contribuiu para a construção de um modelo de atenção que melhorou efetivamente a condição de vida dos brasileiros. Até 1988 cerca de vinte milhões do total de cento e sessenta milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista, o que significa que 12,5% da população brasileira ainda não tinham acesso ao tratamento odontológico. Na zona rural esse número cresce para 32%, apenas 6% dos brasileiros vão ao dentista periodicamente, 30% só em caso de muita dor, 64% não vão e a metade da população acima de 60 anos já é totalmente desdentada (NOBRE, 2008).

Então, diante dessa situação, viu-se a necessidade de inserir o Cirurgião-Dentista no PSF, não só para que fossem gerados mais empregos, mas também para propiciar o acesso, o planejamento e a viabilidade de uma Odontologia de qualidade no SUS. Assim sendo, uma importante iniciativa do Ministro da Saúde José Serra, no governo de Fernando Henrique Cardoso (1999-2002) foi determinar a incorporação das ações de Saúde Bucal no PSF e, em consequência, a ampliação das equipes com Cirurgião-Dentista (NOBRE, 2008).

Os profissionais de Odontologia do Brasil demonstraram entusiasmo com a notícia de que ações de saúde bucal seriam inseridas no PSF. A Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000 que regulamenta essas ações foi conseguida graças ao empenho das

entidades odontológicas, dos conselhos e dos profissionais de saúde e devido aos alarmantes resultados obtidos através da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio, que também incentivou a reorganização da atenção a saúde bucal prestada à população brasileira (BRASIL, 2000).

Com a inserção do Cirurgião-Dentista no PSF passou-se a adotar um novo modelo de atuação sobre os problemas de saúde bucal da população, visto que houve uma reestruturação na Atenção Básica à Saúde (ABS), imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS e buscando promover a universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços, tendo a saúde bucal como componente da saúde em seu sentido mais amplo, enquanto qualidade de vida. Os problemas bucais são considerados como problemas de saúde pública, pois têm uma alta prevalência e causam grande impacto na população, devido aos desconfortos e dores, que acometem a vida social do indivíduo (MINAS GERAIS, 2008).

Segundo Matos (2004), os principais objetivos da implantação de saúde bucal no PSF foram melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, reorientar suas práticas de atenção, avaliando os padrões de qualidade e o impacto das ações desenvolvidas e ampliar o acesso coletivo as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e conseqüentemente melhorar os seus indicadores.

O grande desafio era operacionalizar e obter os recursos financeiros necessários para o pleno financiamento do sistema, em um país tão grande e complexo. Pela assistência odontológica ser de grande complexidade e alto custo, ela acabava ficando sempre em segundo plano (ANDRADE, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), que tem o PSF nessa gestão atual como uma de suas prioridades, deseja-se alterar as características das práticas odontológicas na APS, com a criação de um incentivo financeiro específico para isso e fazer com que o trabalho das equipes de saúde bucal no PSF seja voltado para reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a integralidade das

ações aos indivíduos e as famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, prestada nos municípios brasileiros, por meio do Programa de Saúde da Família, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na estratégia do PSF. Este instrumento foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº267, de 6 de março de 2001, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, através do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2002).

Com relação à transferência de recursos os municípios que qualificarem as ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de forma automática e regular, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde, em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o valor do incentivo vai depender da modalidade da equipe implantada, a saber: a) modalidade I – um dentista e um atendente de consultório dentário (ACD). Para esta modalidade o valor repassado é de R\$ 13.000,00 (treze mil reais); b) modalidade II – um dentista, um atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD). Para esta modalidade o valor repassado é de R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais).

A Portaria GM/MS nº267, de 6 de março de 2001, publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) estabelece também as atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal no PSF. Cada município poderá acrescentar as competências específicas definidas localmente para cada profissional, respeitando as atribuições legais.

Segundo essa mesma portaria, as atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal são: participar dos processos de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde bucal desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas

de saúde; participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias, e indivíduos expostos a riscos e atualizar essas informações continuamente; participar da priorização de situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado em saúde da população adscrita utilizando todos os espaços possíveis de serem trabalhados; realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos de gestão local; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, de outros agravos e situações de importância local; realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento de vínculo; responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros níveis do sistema de saúde; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação da atenção básica; interagir com o usuário e seus familiares, identificando suas necessidades, expectativas e barreiras em relação à saúde bucal; estar sempre alerta aos sinais de risco em saúde bucal de forma a fazer o encaminhamento necessário; estimular e executar medidas de promoção à saúde (ações educativas e intersetoriais, desenvolvendo também habilidades de relacionamento e negociação); realizar trabalho com lideranças locais, identificando parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; acompanhar e apoiar o desenvolvimento e participação dos trabalhos da equipe de saúde no tocante à saúde bucal; atuar no desenvolvimento de atividades de educação permanente voltadas para a equipe e trabalhadores da unidade de saúde.; executar ações básicas de vigilância à saúde em sua área de abrangência; organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes da atenção primária e do plano municipal de saúde bucal; sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde e da qualidade de vida; programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas; advogar em defesa das causas da saúde pública em geral e de saúde bucal em particular; estimular o controle social e a participação da comunidade nas ações de saúde bucal; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar (MINAS GERAIS, 2006).

As atribuições específicas do cirurgião-dentista no PSF são: Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal; Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico de saúde bucal da comunidade para planejamento; definir prioridades junto com a equipe e a comunidade; realizar atendimentos de urgência/emergência odontológicas; executar as ações de atenção integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais, com resolubilidade; coordenar e participar de ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal; programar e supervisionar o fornecimento de insumos necessários para as ações de saúde bucal; supervisionar o trabalho desenvolvido pelo TSB e pelo ASB; contribuir e participar das atividades de educação permanente do TSB, ASB e ESF; fornecer os dados sobre os procedimentos de sua competência realizados para registro no sistema de informação (SIAB e SIA) e acompanhar o seu lançamento; participar de pactos para qualificação e resolubilidade do serviço, incluindo o Pacto da Atenção Básica; fortalecer o controle social com o fornecimento de informações sobre saúde bucal e tomada de decisões conjunta com a comunidade; fornecer informações sobre saúde bucal para pessoas em posição estratégica de decisão em favor de políticas públicas que possam interferir sobre os determinantes de saúde bucal; encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento (MINAS GERAIS, 2006).

As atribuições do TSB, sob supervisão do CD e na proporção máxima de um CD para cinco TSB, são as seguintes: Colaborar nos levantamentos epidemiológicos como coordenador, monitor e anotador; colaborar nos programas educativos de saúde bucal, educar e orientar os usuários ou grupos de usuários sobre prevenção e tratamento das doenças bucais e apoiar as atividades dos ASB e ACS nas ações de prevenção e promoção de saúde bucal; realizar procedimentos clínicos de sua competência: teste de vitalidade pulpar; remoção de indutos, placas e cálculos supragengivais; aplicação de substâncias para prevenção de cárie dentária; inserção e condensação de substâncias restauradoras; polimento de restaurações, vedando-se a escultura; limpeza e antissepsia do campo operatório; remoção de suturas; confecção de modelos e preparo de moldeiras. Responder pela administração da clínica, fornecer os dados sobre os procedimentos de sua competência realizados para registro no

sistema de informação (SIAB e SIA) e acompanhar o seu lançamento e participar da capacitação do ASB (MINAS GERAIS, 2006).

As atribuições específicas do ASB também podem ser realizadas pelo TSB. O ASB poderá exercer as seguintes funções sob a supervisão do CD ou do TSB: Preparar o usuário para atendimento; auxiliar no atendimento ao usuário; preparar e organizar instrumental e material necessários; instrumentalizar o CD ou TSB durante a realização de procedimentos clínicos; manipular materiais de uso odontológico; promover isolamento do campo operatório; selecionar moldeiras e confeccionar modelos em gesso; realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; agendar consultas; preencher fichas clínicas e manter o arquivo e o fichário em ordem; participar do gerenciamento de insumo; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; proceder à lavagem, desinfecção e esterilização de instrumentais e equipamentos utilizados (MINAS GERAIS, 2006).

A inserção da Saúde Bucal no PSF é a resposta mais legítima à proposta de mudança do modelo de saúde, excludente e ineficaz que caracterizou a Odontologia no campo das ações públicas de saúde, em que durante muitos anos foi realizada dentro de escolas. No novo modelo, apesar de tantas insuficiências, a Saúde Bucal tem buscado incorporar-se como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo (BRASIL, 2004).

O Cirurgião-Dentista do PSF busca um atendimento humanizado, tem a Família como núcleo central de abordagem, atende uma população cadastrada sob a responsabilidade da UBS com abordagem multiprofissional, estimula as ações de promoção da saúde, articulação intersetorial, participação e ao controle social e proporciona integralidade da assistência prestada à população cadastrada (CAPISTRANO, 2000).

5 A Saúde Bucal no Município de Poté

O Município de Poté localiza-se no nordeste mineiro, pertencendo ao Vale do Mucuri. Foi criado em 30 de agosto de 1911, de acordo com a lei estadual nº 556, sendo instalada no dia 1º de junho de 1912. Pertenciam ao novo distrito as povoações de São Miguel, Coração de Jesus, Bananal, São João do Mucuri do Norte e Todos os Santos. Poté era até então, distrito do Município de Teófilo Otoni/MG.

Dista a 488 km da capital mineira, tendo como principais rodovias que servem de acesso a Belo Horizonte, pela BR-116, MG-217, BR-381.

Pertencente à Associação de Municípios do Vale do Mucuri – AMUC juntamente com outros 26 municípios, busca maiores oportunidades de financiamentos e melhoria de vida para sua população.

Poté conta com quatro Equipes de Saúde Bucal integradas a ESF e que resulta em uma estratégia de organização da atenção à saúde bucal para a população da Zona Urbana e Zona Rural e mais dois Cirurgiões-Dentistas, efetivos no município, que acompanham escolares na faixa etária de cinco a 14 anos.

O trabalho implantado, através de uma equipe multiprofissional na comunidade, constitui uma estratégia que possibilitou o controle de doenças bucais no município.

A partir da inserção do Cirurgião-Dentista no PSF de Poté, houve um acompanhamento preventivo de toda a população, tanto nos escolares, priorizados pelo Programa Saúde Bucal, como nos indivíduos adultos, através de campanhas informativas, palestras, intensificando o atendimento curativo de modo a atender a atual demanda reprimida e aprofundando o conhecimento de outros problemas que influenciam a saúde bucal da população.

Em 2004 foi criada a primeira ESB, no ano de 2006 mais duas ESB e em 2008, criou-se a quarta ESB, todas integradas às ESF e localizadas na mesma UBS de cada ESF, prestando uma melhor assistência à população. Muitas mudanças já foram observadas desde a implantação dessas Equipes de Saúde Bucal no Município de Poté, como cobertura

de 100% da população e oferta de uma ESB mais próxima do domicílio dos usuários, uma vez que só havia Cirurgião-Dentista na Policlínica Municipal, localizada no centro da cidade.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Poté (SMS), após a inserção dos Cirurgiões-Dentistas nas ESF, notou-se um acréscimo considerável no indicador que se refere ao atendimento coletivo, que em 2002 foram 2023, passando para 9013 em 2008, o qual reflete positivamente no índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) que chegou em 2008 a um número menor do que o recomendado pela OMS (CPOD:3,0) como pode ser observado no GRAF. 1.

O enfoque principal do programa é na área preventiva (procedimentos coletivos), além da realização de tratamento restaurador e cirúrgico (exodontias).

É importante observar que os índices CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados na dentição permanente) eram muito altos e reduziram consideravelmente após a implantação das ESB, fruto de um trabalho de prevenção contínuo que vem sendo desenvolvido no município.

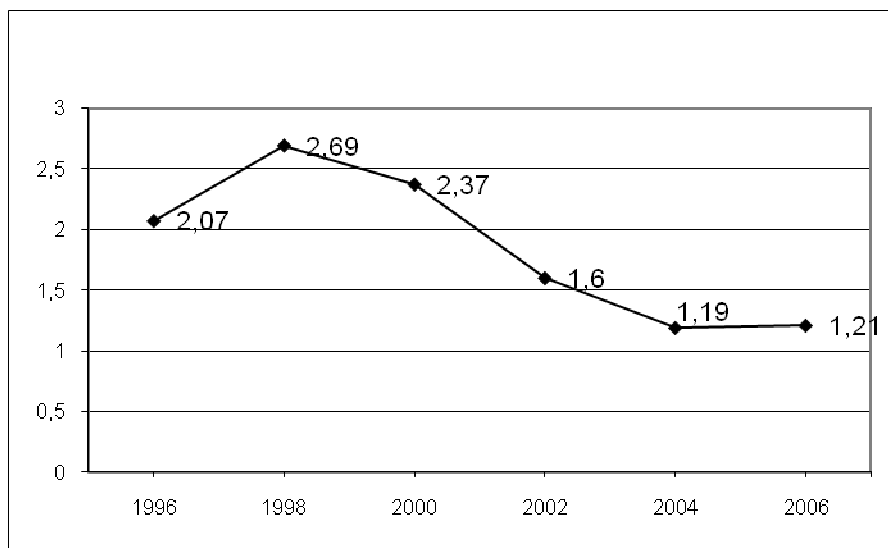


GRÁFICO 1- Número de dentes permanentes Cariados Perdidos e Obturados aos 12 anos de idade no município de Poté no período de 1996 a 2006.

Fonte: SIAB, 2008.

Já o índice ceo-d (Número de Dentes Cariados, Extraídos e Obturados na dentição decídua) oscilou no período de 1996 a 2006, iniciando em 3,03 em 1996, e chegando a 3,13 em 2000. A partir do ano 2000 esse índice declina chegando a 1,86 no ano de 2004 como pode ser observado no GRÁFICO 2. Após a implantação das ESB, em 2004, esse índice volta a aumentar fato que contribui para a necessidade de se rever o modelo assistencial do município.

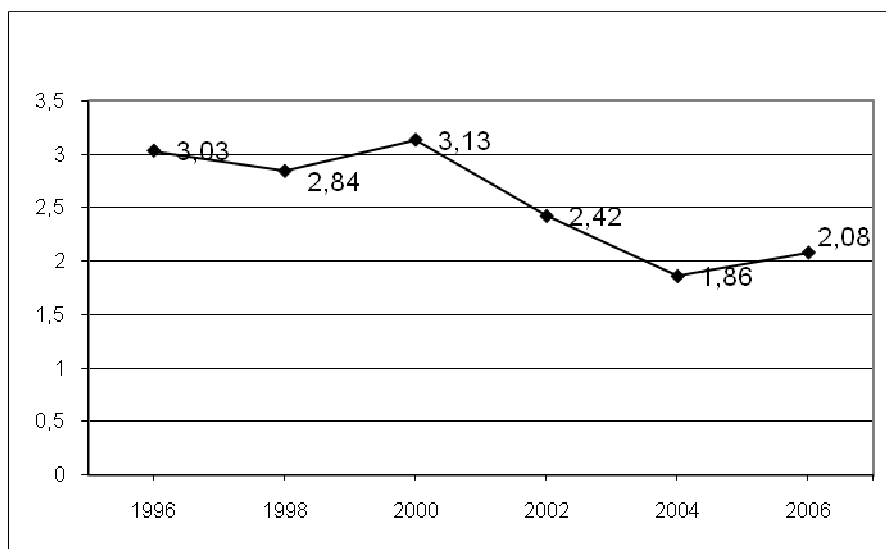


GRÁFICO 2 - Número de dentes decíduos Cariados Extraídos e Obturados aos cinco anos de idade no município de Poté no período de 1996 a 2006.

(Fonte: SIAB, 2008)

O GRAF. 3 mostra o crescimento do número de exodontias comparando-o com o número de restaurações na população adulta.

É importante ressaltar que o número de exodontias e restaurações crescem muito respectivamente no ano de 2004 e novamente em 2006 com a inserção dos Cirurgiões-Dentistas na ESF, devido a uma demanda muito alta da população adulta que era pouco assistida, pois a assistência era prioritariamente para a população de zero a 14 anos. Com a universalização do atendimento o número de exodontias e restaurações aumenta respectivamente nos anos de 2004 e 2006, indicando que melhorou o acesso da população ao serviço de saúde bucal.

No primeiro ano de funcionamento com o conseqüente aumento da demanda há um aumento significativo no número de procedimentos com posterior diminuição desses procedimentos no segundo ano de funcionamento das equipes, ou seja, 2005 e 2007, devido à efetividade do trabalho realizado por essas novas equipes.

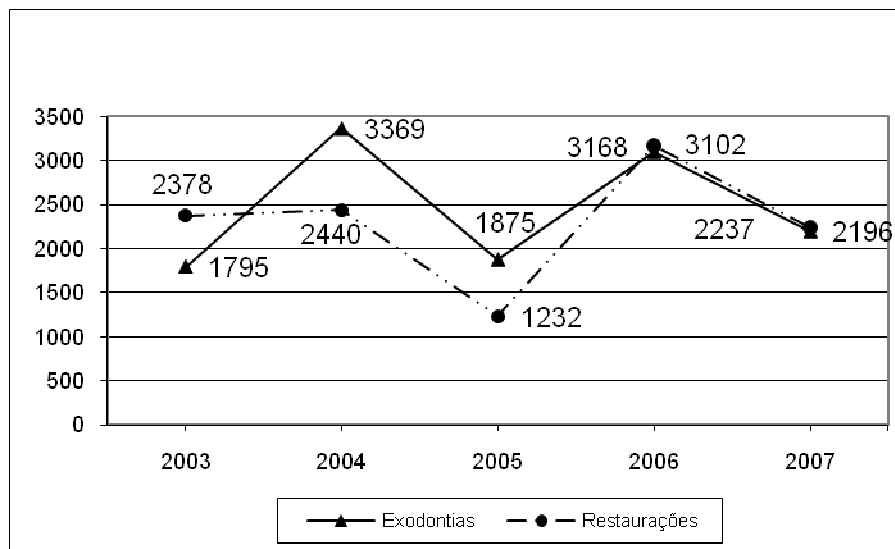


GRÁFICO 3 - Número de dentes extraídos e restaurados no município de Poté no período de 2003 a 2007

Fonte: SIAB, 2008

O modelo assistencial de Saúde Bucal atuante em Poté até 2003, caracterizava-se somente por tratamentos curativos e de urgência. Já as ESB têm por prioridade o tratamento preventivo, os procedimentos coletivos como escovação diária, bochecho semanal com flúor, aplicação tópica de flúor trimestral e palestras educativas (Educação para a Saúde), continuam sendo realizados nas escolas e creches, além das demais comunidades e grupos específicos.

Tais procedimentos fizeram com que diminuíssemos o número de procedimentos individuais como, por exemplo, extração de dentes decíduos.

Nos anos de 2004 e 2006, com o conseqüente levantamento da demanda há um aumento significativo no número de procedimentos com posterior diminuição desses

procedimentos no segundo ano de funcionamento das equipes, ou seja, 2005 e 2007 devido a efetividade do trabalho realizado por essas novas equipes, como mostra o GRÁF. 4.

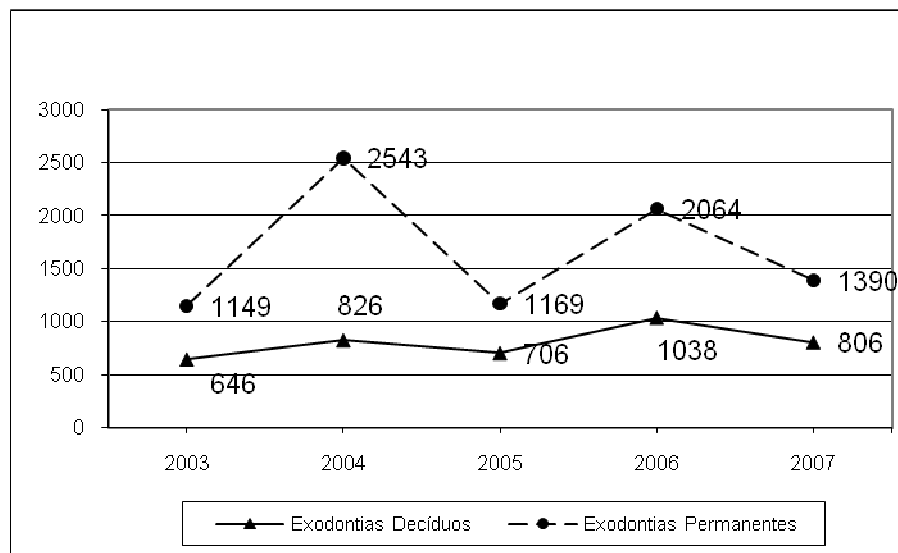


GRÁFICO 4 - Número de Exodontias de dentes permanentes e decíduos no município de Poté no período de 2003 a 2007.

Fonte: SIAB, 2008

Pode-se afirmar que a situação de saúde bucal da população de Poté melhorou consideravelmente nos últimos anos, pois o percentual de pessoas livres de cárie praticamente dobrou no período de 2002 a 2006 como pode ser observado no GRAF. 5.

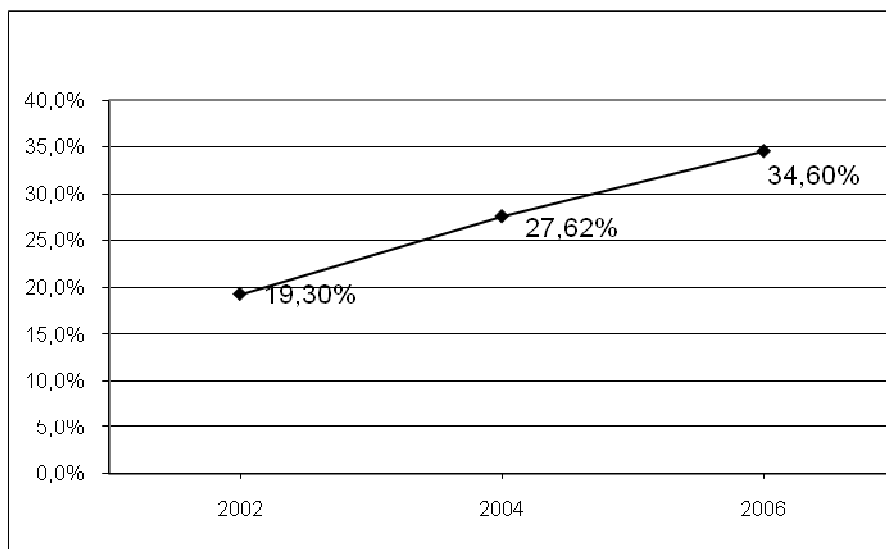


GRÁFICO 5 - Percentual de pessoas livres de cárie no município de Poté no período de 2002 a 2006

Fonte: SIAB, 2008

6 Considerações Finais

Mesmo a Odontologia sendo uma atividade secular no Brasil, ela acabava não sendo acessível à grande parte da população, principalmente nos serviços públicos de saúde, devido ao alto custo e complexidade.

O Programa Saúde da Família, uma estratégia de consolidação do SUS, foi criado para organização e estruturação do serviço público de saúde brasileiro, o qual até então causava grande insatisfação da população, devido práticas excludentes e sem continuidade de tratamento. O objetivo da implantação do PSF era aumentar a acessibilidade às ações e serviços de saúde para que fossem realizados de forma integral.

A Odontologia, que não foi integrada inicialmente ao PSF, continuou passando por alguns problemas e o acesso da população aos serviços odontológicos continuou restrito.

Todos os trabalhos utilizados para revisão de literatura mostraram que a partir da integração da Odontologia ao PSF, a Atenção Básica à Saúde teve suas ações ampliadas e a população brasileira assistiu a uma nova odontologia, visando a promoção, prevenção e a recuperação da Saúde Bucal, com base nas diretrizes do SUS e aumentando o vínculo entre pacientes e Equipes de Saúde Bucal em todo o país.

De acordo com dados do SIAB, após a implantação das ESB no município de Poté, houve aumento significativo nos procedimentos coletivos, ações de prevenção, acesso ao serviço odontológico e estabelecimento de vínculo entre ESB e clientela, seguindo assim as diretrizes propostas pelo Programa e melhorando o serviço odontológico no município, uma vez que proporcionou atendimento a todas as faixas etárias e aumentou o número de Cirurgiões-Dentistas na rede pública do município.

Com esse trabalho espero contribuir para orientar e informar profissionais de Saúde Bucal, principalmente Cirurgiões-Dentistas recém formados que ingressem no PSF ou que queiram algum conhecimento sobre o PSF. Espero também que esse trabalho sirva para

consulta de trabalhos posteriores, sobre a implantação e evolução das ESB no município de Poté.

7 Referências

1. ANDRADE LOM. *SUS passo a passo: gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; 2001.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.444 de 28 de dezembro de 2000*. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica - portaria de incentivos financeiros. Diário Oficial, Brasília (DF), 2000.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família: 2001/2002*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. *Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. CAPISTRANO FILHO DO. O cirurgião-dentista no PSF. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 2000; 1(2):8
7. GROISMAN S, Moraes NM, Chagas LJ. *A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal*. Cadernos da Aboprev 2005; 1-8.
8. MATOS PES, TOMITA NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6):1538-44
9. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Bucal*. Belo Horizonte: SES/MG, 2006. 290 p.
10. MINAS GERAIS. Universidade Federal de Minas Gerais. *Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde. Saúde do Adulto*. Belo Horizonte: UFMG/MG, 2008. 58 p.
11. NOBRE, M.A.S. *A odontologia e o Sistema Único de Saúde*. Disponível em <<http://www.cfo.org.br/jornal/n37/hpvisa.htm>>. Acesso em : 26 maio 2010.
12. RONCALLI AG. *O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde*. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2003. p. 28-49..
13. SILVEIRA FILHO AD. *A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática*. Disponível em: <http://www.saude.gov.Br/bucal>. Acesso 29 maio 2010.

14. MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde. *Dados Epidemiológicos de Saúde Bucal*. Poté-MG, 2010.