

JANICE ANDRADE DE OLIVEIRA

ESTRATÉGIAS PARA POTENCIALIZAR O CUIDADO INTEGRADO
ENTRE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
NA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE DOENÇAS
CARDIOVASCULARES EM IBITURUNA, MINAS GERAIS

Ibituruna/MG

2011

JANICE ANDRADE DE OLIVEIRA

ESTRATÉGIAS PARA POTENCIALIZAR O CUIDADO INTEGRADO ENTRE EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO AOS
PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM IBITURUNA, MINAS
GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da
Faculdade de Medicina da UFMG (NESCON),
no Curso de Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do Certificado de Especialista.

ORIENTADOR: Alexandre Sampaio Moura

Ibituruna/MG

2011

Apresentação de trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFM, no dia__/__/__, aos integrantes do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Coordenador:

Orientador:

Agradeço primeiramente a Deus,
que me capacitou e me deu força para seguir a caminhada sem desanimar.

Ao Orientador Dr.Alexandre,
pela competência, paciência e persistência em conduzir o meu trabalho com
entusiasmo.

Aos professores e toda equipe do CEABSF,
pelo carinho e dedicação.

À minha família,
pela compreensão e companheirismo.

E a todos que se fizeram presentes nessa conquista
meu sincero agradecimento.

RESUMO

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, a partir de levantamento de publicações, que busca identificar estratégias para potencializar a integração entre a equipe de saúde da família (ESF) e equipe de saúde bucal (ESB) no cuidado aos portadores de doenças cardiovasculares na UBS Padre José Jorge Nicolau, Ibituruna, Minas Gerais. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em populações do mundo. Diversos estudos provam a existência de uma relação entre doença periodontal e doenças cardiovasculares. Sendo que quanto maior for a gravidade e duração da doença periodontal, maior o risco das doenças cardiovasculares. A Equipe de Saúde Bucal inserida na estratégia de saúde da família caminha para a integração e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, não se pode deixar de citar as dificuldades enfrentadas pela equipe, que incluem a falta de educação permanente para proporcionar aos profissionais uma visão mais holística e integrada e a falta de uma política de prevenção e promoção de saúde consistente, pautada em acolhimento, visitas domiciliares, reuniões e grupos de ajuda, buscando despertar nos usuários o autocuidado e sentimento de pertencimento. Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde se envolvam na promoção da saúde integrando diferentes olhares e perspectivas em busca do bem comum.

Palavras-Chave: Saúde Bucal, Programa Saúde da Família, processo de trabalho

ABSTRACT

This study deals with a narrative review, based on data from publications, which aims to identify strategies to improve the integrated care between family health team (FHT) and oral health team (ESB) of patients with cardiovascular disease UBS on Father Jose George Nicolau, Ibituruna, Minas Gerais. Cardiovascular disease is the leading cause of death in the world. Several studies prove the existence of a relationship between periodontal disease and cardiovascular disease. Since the greater the duration and severity of periodontal disease, the greater the risk of cardiovascular disease. The Oral Health Team part of the strategy of family health walks for the integration and consolidation of principles and guidelines of SUS. However, one can not fail to mention the difficulties faced by the team, including lack of continuing education for professionals to provide a more holistic and integrated approach and the lack of a policy of prevention and health promotion is consistent, based on care, home visits meetings and support groups, seeking to arouse the users self-care and sense of belonging. Furthermore, it is essential that health professionals are involved in health promotion incorporating different views and perspectives in search of the common good.

Keywords: Oral Health, Family Health Program, working process

LISTA DE ABREVIATURAS

ESB- Equipe de Saúde Bucal

PSF- Programa Saúde da Família

ESF- Equipe de Saúde da Família

SUS- Sistema único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

CD- Cirurgião-Dentista

ACD- Auxiliar de Cirurgião-dentista

THD- Técnico em Higiene Dental

OMS- Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.2 Objetivos Específicos.....	12
3. METODOLOGIA.....	13
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.1_Implantação da estratégia de saúde da família e das equipes de saúde bucal no Brasil....	14
4.2_Desafios na integração entre ESB e ESF.....	15
4.3_Potencialidades da integração da ESF e da ESB no contexto das doenças cardiovasculares.....	18
4.3.1 Associação entre patologias orais e doenças cardiovasculares.....	18
4.3.2 Estratégias de Prevenção das doenças cardiovasculares associadas a uma boa saúde bucal.....	19
5. DISCUSSÃO.....	24
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em populações do mundo. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, aproximadamente 260 mil indivíduos morrem por doenças cardiovasculares no Brasil.

Para Serrano e Souza (2006), os fatores de risco podem ser divididos em modificáveis e não-modificáveis. Entre os principais fatores de risco modificáveis estão hipertensão arterial, hiperlipidemia, tabagismo e diabetes mellitus. Já idade, sexo, hereditariedade, estão entre os principais fatores de risco não-modificáveis.

Diversos autores têm destacado a associação das doenças cardiovasculares e as lesões situadas na boca. Lorenzo e Lorenzo (2002), afirmam em seu artigo, que desde o início do século XX foi estabelecido que lesões infecciosas situadas na boca, principalmente a periodontite grave, constituem fatores de risco para o desenvolvimento de endocardite infecciosa. Em função do aumento da vascularização e da ulceração do epitélio, bactérias periodontopatógenas e seus produtos tóxicos, como as endotoxinas (LPS) das Gram-negativas, podem alcançar a corrente sanguínea e instalar-se no endotélio vascular.

Sendo assim, torna-se necessário aumentar nosso universo odontológico compreendendo e associando fatores de risco comum e processos infecciosos na patogênese das doenças sistêmicas.

Para Cohen (1998), à medida que os dentistas aumentarem seu conhecimento sobre a ligação entre a doença periodontal e outras doenças sistêmicas, eles serão responsáveis por prevenir doenças sistêmicas através da prevenção e/ou tratamento da doença periodontal.

Diversos autores em seus estudos provam a existência de uma relação entre doença periodontal e doenças cardiovasculares. Accarini e Godoy (2006) associando as duas patologias demonstraram que a chance de ocorrência de doença periodontal ativa em pacientes com síndromes coronarianas agudas de qualquer grau é de 2,5 vezes confirmando dados existentes de que há maior possibilidade de ocorrência de evento coronariano agudo, quando da existência de doença periodontal.

Já Toledo *et al* (2002) afirmam que é preciso considerar que as doenças periodontais têm um importante componente comportamental em sua etiopatogênese, uma vez que a má higiene bucal pode indicar indivíduos com hábitos não compatíveis com saúde, isto é, que apresentam outros fatores de risco para as doenças cardiovasculares, como dieta inadequada, elevado nível de estresse, ausência de esforço físico regular e hábito de fumar.

Garantir aos portadores de doenças cardiovasculares cobertura universal e integral da atenção à saúde tem sido a grande meta a ser alcançada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e um desafio para os gestores da área de saúde, principalmente da atenção primária.

A atenção primária deve ser a porta de entrada do sistema, ofertando um atendimento integral para o usuário no âmbito da prevenção, promoção e reabilitação de sua saúde. Entretanto, o dia-a-dia da equipe demonstra a falta de integração entre os profissionais da ESF (Equipe de Saúde da Família) e ESB (Equipe de Saúde Bucal), não efetivando assim a intersetorialidade.

Atuo na Equipe de Saúde Bucal de Ibituruna desde 2005, onde desenvolvo trabalhos de prevenção, tratamento e reabilitação, bem como promoção da saúde. Ibituruna foi fundada em 1674, pelo bandeirante Fernão Dias Pais Leme e se localiza no Centro-Oeste mineiro. Possui uma população de 2923 pessoas (IBGE, 2008), sendo 72% residentes na zona urbana e 28% na zona rural, com uma concentração percentual de população idosa. A principal fonte de renda é o cultivo e manejo de café com 780 hectares de plantação de café- produção anual 1217 toneladas de café beneficiado (IBGE, 2004). O PIB per capita é de R\$ 6.946,00 e o IDH 0,724 (PNUD, 2000).

No setor saúde, devido ao pequeno número de habitantes, possuo apenas uma ESF, denominada Fernão Dias Paes. A ESB está inserida nesta ESF, situado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Pe. José Jorge Nicolau. A estratégia de saúde da família abrange todo o município e, para facilitar a territorialização, a população foi dividida em sete microáreas, de acordo com o número de famílias (em média 120 famílias) e o bairro onde moram.

Por ser um município pequeno, Ibituruna não possui estrutura econômica para sustentar um hospital, mas a UBS Padre José Jorge Nicolau é ampla e bem equipada para atendimentos clínicos, onde trabalham, além da ESF, um médico clínico-geral, um ginecologista e um pediatra. Para demais urgências e casos de encaminhamento e referência, utilizamos o Hospital da cidade vizinha que fica a 18 km de Ibituruna.

Para atender às necessidades da população, a UBS também conta com o trabalho de fisioterapeutas, fonoaudióloga, nutricionista, psicóloga e farmacêutica.

Atualmente nosso município possui 25 diabéticos insulino-dependentes sendo 100 diabéticos atendidos pelo programa Hiperdia. Esse é um programa do Ministério da Saúde para cadastro e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos visando o planejamento e promoção de saúde para esse público. Já os hipertensos, segundo dados do Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB), são 426 vinculados ao programa.

Ao consultar o Sistema de Internação Hospitalar-SUS (SIH/SUS), observa-se que 16,9% das internações do município são por doenças do sistema circulatório, correspondendo a 33,3% das causas de mortes (SIM/SUS). De acordo com o sistema farmacêutico (SISFAR), 49.729 comprimidos/mês são dispensados na farmácia básica do SUS de Ibituruna, para tratamento de hipertensão arterial.

Os hipertensos e diabéticos de nosso município participam do grupo HIPERDIA, que se reúne mensalmente nas microráreas para aferir pressão arterial e fazer o teste de glicemia. Não há nenhuma atividade de promoção de saúde e nenhum trabalho interdisciplinar para interagir saberes e disseminar conhecimentos.

Falta organizar o processo de trabalho, aceitando o desafio de se trabalhar em equipe, onde cada membro tem seu valor e é capaz de contribuir para melhorar qualidade do trabalho ofertado. Saber lidar com esses encontros é um enorme desafio, pois além do potencial de integração, a atenção primária é também um lugar de conflitos, de resistências e de disputas (Brasil, 2006).

A percepção da falta de interação entre a ESB e a ESF vem do diagnóstico feito durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), ofertado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Ao realizar as atividades propostas ao longo do curso, constatei que a ESB do PSF Fernão Dias não consegue realizar um trabalho articulado com a ESF.

Pensando nos portadores de doenças cardiovasculares, percebo uma falta de articulações das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal e conseqüentemente falta de interesse e motivação dos mesmos a mudar hábitos e condutas. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos de saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos de suas práticas (Brasil, 2004).

Este trabalho se justifica no esforço de definir estratégias que possibilitem um trabalho articulado entre ESF/ESB na UBS Fernão Dias, tendo como referência as ações voltadas para os portadores de doenças cardiovasculares.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Identificar estratégias para potencializar a integração entre a equipe de saúde da família (ESF) e equipe de saúde bucal (ESB) no cuidado aos portadores de doenças cardiovasculares na UBS Padre José Jorge Nicolau, Ibituruna, Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os marcos históricos da implantação da estratégia de saúde da família e das ESB no Brasil.
- Identificar os limites e possibilidades para o trabalho conjunto entre ESF e ESB.
- Caracterizar a integração do atendimento prestado pela ESF e ESB da UBS Padre José Jorge Nicolau aos portadores de doenças cardiovasculares.
- Identificar estratégias preventivas e assistenciais relacionadas ao cuidado integrado entre ESF e ESB dos portadores de doenças cardiovasculares, selecionando as mais apropriadas ao contexto da UBS Padre José Jorge Nicolau.

3. METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão narrativa, ou seja, uma revisão crítica de caráter descritivo-discursivo, com formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva (ROTHER, 2007).

As informações foram coletadas nas bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME), com a utilização dos seguintes descritores: saúde bucal, programa saúde da família, processo de trabalho . Com a finalidade de delimitar o objeto de estudo e o campo de investigação para a realidade que se pretende aprender, optou-se por selecionar apenas produções na forma de artigos publicados em periódicos no período de 1998 a 2010.

Também foi descrita a experiência de atendimento prestado pela ESF e ESB da UBS Padre José Jorge Nicolau aos portadores de doenças cardiovasculares baseada na experiência pessoal da cirurgiã dentista da equipe. Por fim, realizou-se uma proposição de ações voltadas para uma maior integração do trabalho das equipes da UBS Padre José Jorge Nicolau visando qualificar a atenção aos portadores de doenças cardiovasculares.

4 – REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Implantação da estratégia de saúde da família e das equipes de saúde bucal no Brasil

Em 1986, a primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, propôs uma nova definição do conceito de saúde, englobando a educação em saúde, a formulação e práticas de políticas públicas, o enfoque ambientalista e a ação comunitária. Seu relatório final, a Carta de Ottawa, serviu de referência para o modelo de Promoção de Saúde. Neste modelo, a saúde bucal se integra à saúde geral, contribuindo para ao bem-estar coletivo (PETERSEN *et al*, 2005).

Em 1994, é lançado o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia do Ministério da Saúde, para reorganizar a atenção básica através da ruptura do modelo assistencial de saúde, caracterizado pela assistência à doença, pela prática técnico-biologicista, pelo individualismo e pela baixa resolubilidade, que tem gerado, ao longo dos anos, insatisfação nos usuários dos serviços públicos de saúde.

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas. Propõe a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, associada a um conjunto de valores como intersetorialidade, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento social, participação comunitária e parceria (PONTES, 2007).

O PSF busca a promoção da saúde através de um conjunto de ações individuais e coletivas, que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, mediante construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS) e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1994)

Para Rodrigues e Bomfim (2010) a organização do SUS a partir da estratégia de saúde da família apresenta uma série de vantagens para a população, pois possibilita que as famílias recebam orientações periódicas a partir de sua própria realidade, torna possível o diagnóstico precoce e com maiores chances de cura e permite a identificação de situações de risco. A estratégia também propõe desafogar os hospitais e os grandes centros de saúde, ampliar o acesso a serviços de qualidade nas UBS valorizar o profissional de saúde por meio do

estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação e incita a participação popular e o controle social.

Com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998 (IBGE, 2000) indicando que significativa parcela da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos, em outubro de 2000 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Plano de Inclusão das Equipes de Saúde Bucal no PSF.

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) às equipes de saúde da família (ESF) ocorreu mediante a publicação da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000). A inserção da odontologia poderia ocorrer sob duas modalidades, com variações dos incentivos financeiros: a modalidade I, composta de um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) e a modalidade II, de um CD, um ACD e um técnico em higiene dentária (THD).

Para Capistrano Filho (2000), a incorporação das ações de saúde bucal no PSF foi um passo importante no sentido da observância de um dos princípios dos SUS- o da integralidade das ações em saúde.

Pereira *et al.* (2003) consideram esta iniciativa de extrema importância para a saúde bucal, uma vez que o modelo proposto oferece oportunidade de reordenar a prática odontológica, antes pautada em ações de alto custo, baixo rendimento, ineficaz e ineficiente, não respondendo, em níveis significativos, aos problemas de saúde bucal da população.

4.2 Desafios na integração entre ESB e ESF

De acordo com Lourenço *et al.* (2009) e Cericato *et al.* (2007) acerca das ESB, como a implantação destas se deu tardiamente, há que se considerar dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às ESF, bem como diferenças na forma de implantação das ESB.

Lourenço *et al.* (2009) em seu trabalho de pesquisa abordando aspectos administrativos e operacionais das ESB no PSF no estado de Minas Gerais constataram que 76,2% dos cirurgiões-dentistas entrevistados relataram haver integração entre as ESB e ESF no atendimento às famílias; no entanto, esta interação não se manifesta no planejamento e/ou na troca de saberes, pois, das ESB que relataram realizar reuniões periódicas entre todos os componentes do PSF, apenas 27% as realizavam em curtos espaços de tempo (semanais ou quinzenais). Além disso, 69% das ESB não utilizavam prontuários únicos com as ESF. Assim pode-se observar que, embora houvesse um contato entre os profissionais, não se podia classificar este de interdisciplinaridade e/ou multiprofissionalismo.

Os princípios do PSF são perdidos pela grande demanda reprimida e dificuldades administrativas, distanciando o serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população. O que se vê é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas.

Cericato *et al* (2007) em seu trabalho de revisão bibliográfica sobre ações e métodos de avaliação das atividades do CD no PSF constataram unanimidade dos autores consultados em citar que as ações desenvolvidas pela equipe odontológica na estratégia saúde da família não estão totalmente de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde . Os autores observaram que a ESB permanecia com características, como atendimento exclusivamente por demanda, curativo e individual, inerentes ao modelo que a estratégia representada pelo PSF pretende transformar e/ou substituir.

Segundo Matos (2004), a inserção da saúde bucal no PSF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica, pois o CD necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS.

Peduzzi (1998) discute a diversidade das concepções de trabalho em equipe, apresentando duas concepções básicas e distintas: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração entre pessoas, relações e práticas. *Agrupamento* é caracterizado pela fragmentação das ações e *Integração* pela construção de possibilidades de recomposição. Integração é a proposta do SUS, ao princípio de integralidade dos saberes e trabalhos especializados.

Deve-se considerar que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades como: gênero, inserção social, tempo, vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e interesses próprios. Essas especificidades influem sobre o processo de trabalho, pois estão presentes na forma de agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

A proposta de inserir a saúde bucal a uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe (BRASIL, 2004)

Segundo Teixeira (2006), o processo de trabalho do cirurgião-dentista raramente insere-se em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, reforçando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe.

Ao analisar a evolução das práticas odontológicas, caracterizando as principais correntes e o momento histórico em que surgiram, observa-se que durante grande parte do século passado, a Odontologia conseguiu manter-se como um sub-setor, à parte do setor saúde, reproduzindo, nos serviços públicos, o modelo da prática liberal da profissão. De acordo com Werneck (1994), resultam daí as dificuldades de trabalhar em equipe e a ausência de uma política de recursos humanos que considere o processo de trabalho em saúde em toda sua amplitude. A ESB deve ser e sentir-se parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (BRASIL, 2004).

Observa-se, portanto, uma necessidade de evolução na integração entre os vários profissionais que atuam na estratégia saúde da família. A atuação da equipe de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. A equipe deve interagir com os profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo.

Werneck (1994) recomenda um processo de trabalho onde as equipes de saúde bucal deixem de ser mera referência odontológica para as equipes básicas originais de saúde da família e iniciem um processo integrado de planejar, implementar e avaliar suas ações, onde os profissionais de saúde bucal se integrem de modo efetivo nas Equipes de saúde da Família.

Santos (2006) defende a necessidade da articulação dos profissionais de saúde bucal em uma rede de serviços hierarquizada que só poderá ser construída com a participação dos diferentes sujeitos trabalhadores da saúde, com a participação da comunidade e do usuário que procura um serviço de saúde bucal, que lhe dará legitimidade.

Aguiar (1996) considera que a simples agregação de outras categorias profissionais não representa, de forma automática que uma equipe esteja constituída. Segundo ele, para tal, torna-se necessário o estabelecimento de rotinas de trabalho e a definição de objetivos comuns, a partir da compreensão de problemas e possibilidades dos serviços de saúde.

O desafio da equipe multiprofissional é estabelecer um vínculo continuado durante a abordagem clínica do paciente, onde o importante não seja completar o diagnóstico em um primeiro atendimento, mas construir uma avaliação processual dos usuários. (SMS_CAMPINAS, 2001)

No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar passa a ser uma responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2006).

Para garantir a qualidade de vida dos pacientes é preciso mudar o processo de trabalho individual, compartimentado, para uma ação mais coletiva, onde a compreensão de pensamentos e ações desiguais pressupõe a existência de pontos comuns entre as pessoas que pretendem desempenhar uma ação interdisciplinar (WESTPHAL & MENDES, 2000)

De acordo com Merhy (1999), deveria haver uma combinação, da melhor forma possível, entre eficiência das ações e a produção de resultados centrados no usuário, isto é, procurar a produção do melhor cuidado em saúde, o cuidado que resulta na cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Só que para isso, há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzirem procedimentos e a de ministrar o cuidado.

Silveira Filho (2002) ressalta a dimensão do cuidado; para este autor, o cuidado, além de vigiar, seria perceber nuances e possibilidades de cada uma das suas famílias; buscar parcerias para superação de problemas mais comuns; fomentar a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o conceito de vigilância à saúde, percebendo os problemas como resultado de um processo complexo e dinâmico que se produz e reproduz no interior da sociedade.

4.3 Potencialidades da integração da ESF e da ESB no contexto das doenças cardiovasculares

4.3.1 Associação entre patologias orais e doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares permanecem sendo a principal causa de morte e incapacitação em países desenvolvidos, tendo como fatores de risco conhecidos o tabagismo, a hipertensão, o diabetes, a obesidade, os altos índices de colesterol no sangue, o sedentarismo, atentando para os processos inflamatórios envolvidos na patogenia das doenças cardiovasculares (LOWE, 2001). A doença periodontal é extremamente freqüente em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento e/ou subdesenvolvidos, onde a saúde bucal ainda não atinge a população de forma homogênea. Caracteriza-se como um processo inflamatório, de origem infecciosa, que causa destruição no periodonto de proteção e de sustentação. Pelo fato de ser causada por bactérias, essa doença é considerada um foco de infecção, pois bactérias relacionadas a essa doença podem ser carreadas, via sanguínea ou linfática, para locais distantes do organismo, podendo causar processos infecciosos à distância (SERRANO JR e SOUZA, 2006).

Os mecanismos envolvidos na associação das doenças periodontais como potencial fator de risco para doenças cardiovasculares seriam o grau de infecção por patógenos bacterianos da placa dentária, a exposição persistente a antígenos, a produção de endotoxinas e a liberação de citocinas inflamatórias da periodontite.

No estudo Noack *et. al.* (2001), dois mediadores inflamatórios (IL-1 e o TNF- α) fortemente associados com a periodontite foram encontrados em placas ateromatosas indicando o seu papel na formação, progressão e ruptura destas placas. O fibrinogênio, precursor da fibrina, em quantidades aumentadas no sangue, como ocorre nos pacientes com periodontite, facilitam a formação, quando da ruptura das placas, dos coágulos que irão causar eventos de infarto no miocárdio.

Considera-se atualmente, que a existência de doença periodontal eleva o risco da instalação e progressão das doenças cardiovasculares assim como de eventos agudos como o infarto do miocárdio a valores que chegam a mais de 6 vezes. Sendo que quanto maior for a gravidade e duração da doença periodontal, maior o risco das doenças cardiovasculares (NÓBREGA,2004). Sendo assim torna-se necessário considerar e avaliar muitos aspectos durante a realização do exame clínico e tratamento de saúde bucal de um paciente, pois da mesma forma que a saúde geral influencia a saúde bucal, as doenças bucais também podem interferir na condição sistêmica do indivíduo.

Nóbrega (2004) ressalta a importância do tratamento periodontal no sentido de reduzir o número de microorganismos e seus produtos, assim como substâncias liberadas pelo hospedeiro em resposta à presença de biofilme bacteriano, diminuindo assim o risco de alterações sistêmicas, dentre elas as doenças cardiovasculares.

Já Serrano Jr e Souza (2006) destacam o envolvimento da equipe multidisciplinar na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, na tentativa de reduzir as doenças periodontais e conseqüentemente o risco de surgimento de novos eventos cardiovasculares.

4.3.2 Estratégias de Prevenção das doenças cardiovasculares associadas a uma boa saúde bucal

Nesta perspectiva de trabalho integrado aos portadores de doenças cardiovasculares, pode ser apontado como importante estratégia o trabalho em equipe, entendido como transformador das práticas na direção da interdisciplinaridade.

A Portaria nº 648, publicada em 2006, descreve aspectos que irão nortear a prática da equipe de saúde da família e estabelece atribuições comuns a todos os profissionais da equipe.

Destacam-se, dentre estas, o planejamento local de saúde e o conjunto de territorialização, enfatizando ações de acordo com as necessidades de uma área adscrita.

Para Faccin (2010), o planejamento local de saúde é uma estratégia para fortalecer o trabalho em equipe. A participação no processo de territorialização, a identificação dos problemas de saúde a partir dos dados primários e secundários e as atividades de planejamento e avaliação das ações em saúde são atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de saúde da família. As reuniões semanais de equipe, mais do que um encontro restrito com ACS e enfermeiro, são espaços privilegiados para desenvolver o trabalho em equipe. Pode-se aproveitar a oportunidade, para discutir os problemas de saúde e o acompanhamento de usuários ou famílias.

A inserção do Cirurgião–dentista, neste contexto, é de extrema importância no acompanhamento e resolução dos problemas de saúde da comunidade, identificando e discutindo fragilidades, potencialidades e estratégias para o aprimoramento das ações de acordo com a sua realidade.

Para Franco e Merhy (2003), o trabalho em equipe não garante por si só a mudança do modelo assistencial. Também se fazem necessárias, nesse processo, tecnologias leves como acolhimento, vínculo e a responsabilização.

Neste processo, a construção de vínculo é vista como mais que simplesmente conhecer os moradores de sua área. Significa identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho e de comunidade. Conhecer suas atividades, sua exposição ao estresse, seu padrão alimentar, enfim, conhecer uma variedade de fatores que possam estar interferindo na sua qualidade de vida. É percebê-los como cidadãos capazes de mudarem seus hábitos, de apreenderem novas atitudes mais saudáveis, respeitando seus padrões culturais, com o profissional de saúde como ator social da comunidade (SILVEIRA FILHO, 2002).

Os profissionais de saúde estabelecem relações com os usuários em espaços distintos e inusitados (UBS, domicílios, escolas, ruas, igrejas, entre outros), muitas vezes além do território de adscrição, revelando, portanto, um sistema complexo, no qual o acolhimento e vínculo estão intermediando os encontros (SANTOS E ASSIS, 2006).

O processo saúde–doença se configura, a partir das condições de vida e de trabalho das pessoas, no ambiente familiar e nas comunidades. Desta forma, é necessário incluir propostas de ações em saúde, com ênfase na comunidade e na família, redesenhando a organização dos serviços (PONTES, 2007).

A visita domiciliar é um recurso útil para se chegar à comunidade e à família, desde que utilizada com objetivos específicos, como em situações nas quais a dinâmica familiar

interfere significativamente no processo saúde-doença; nestas situações, a presença do profissional na residência da família facilitará a compreensão da realidade, além de estabelecer o vínculo, quando há problemas de adesão ao tratamento. Outra vantagem da visita domiciliar é para intervenções curativas em pacientes impossibilitados de se deslocarem até a UBS (FACCIN *et. al.* 2010).

A presença de uma doença crônica, como as doenças cardiovasculares, exige uma adaptação na dinâmica familiar de acordo com as necessidades relativas ao tratamento da patologia, além do apoio ao membro portador da doença. A equipe de saúde com sua função educadora devem utilizar as visitas domiciliares para fortalecer o vínculo e melhorar a qualidade de vida do paciente e da sua família.

Para Carlos *et.al* (2008) a família influencia nas decisões dos pacientes e por isso os profissionais de saúde devem possuí-los como aliados para que esta seja motivadora da aderência da mudança. Afinal, o apoio e a compreensão familiar são fundamentais no tratamento e na mudança comportamental de um indivíduo.

Para compreender melhor a realidade, os principais problemas e as necessidades da população, além das visitas domiciliares são importantes no processo de trabalho as reuniões de equipe, capacitações profissionais e grupos de discussão.

A educação permanente se constitui neste valioso elemento integrador, possibilitando, a um só tempo, produzir conhecimentos e intervir nas práticas de saúde a partir do processo de trabalho, facilitando a reorganização dos modelos assistenciais (MOTTA, 1998).

Ceccim (2005) acredita que o setor saúde trabalha com a política de modo fragmentado, gerando especialistas, intelectuais e consultores com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a desapropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais. Para ele é preciso tornar o cotidiano um lugar aberto à revisão permanente, abrindo os serviços como lugares de produção de subjetividade, tornando as relações como lugar de problematização, como abertura para a produção e não para a conformação.

A escassez de recursos humanos capacitados e/ou com perfil adequado para desenvolver um trabalho interdisciplinar ao portador de doenças cardiovasculares é um dos limites à ruptura com o modelo biomédico.

Silva e Trad (2005) sugerem investimento na capacitação da equipe de saúde na tentativa de proporcionar um equilíbrio entre os diferentes sujeitos.

O acesso da equipe aos conhecimentos, saberes específicos e peculiaridades próprias daqueles que atuam em saúde da família, devem ser priorizados para melhor desenvolvimento

da estratégia da atenção familiar, não em detrimento do desenvolvimento de habilidades clínicas, mas de forma tão importante quanto estas. A busca de conhecimentos, por meio de incentivos e facilitação do acesso aos meios pedagógicos disponíveis (livros, periódicos, revistas, meios eletrônicos, cursos e palestras, entre outros), deve estar incluída no aperfeiçoamento profissional tanto da ESF quanto da ESB (CRUZ *et al.* 2009).

O Ministério da Saúde apresenta iniciativa neste sentido com a publicação de Cadernos de Atenção Básica, trazendo parâmetros importantes para qualificação das ações na ESF (BRASIL, 2006).

Além da competência técnica e fundamentação científica, é importante que a equipe de saúde da família tenha conhecimento dos aspectos emocionais e das necessidades individuais de cada paciente, para facilitar a abordagem e a comunicação.

Segundo Alves (2005), para que as práticas de educação em saúde sejam mais sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários, faz-se necessário abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar uma comunicação dialógica. O acolhimento como ferramenta de integralidade, pode ser alcançado com ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas efetivas a cada demanda, em todo percurso de busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, marcação e alta) (SANTOS e ASSIS, 2006).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) prevêm a reorientação do modelo de saúde e adota o conceito do cuidado, se opondo à concepção de saúde centrada somente na assistência aos doentes, mas principalmente na promoção de qualidade de vida e na intervenção dos fatores de risco. Cruz *et al.* (2009) definem promoção de Saúde como conjunto de práticas que vão desde as ações de prevenção específica e educação em saúde, até o pronto diagnóstico de alguma enfermidade. Entretanto, todas essas atividades devem necessariamente passar pelo empoderamento comunitário, pela autonomia dos indivíduos sobre sua saúde e pelo desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais sustentáveis.

Costa & Albuquerque (1997) acreditam que as noções de autocuidado transmitidas às pessoas, estimulam a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde, em comportamentos benéficos à sua própria saúde, isto é o desenvolvimento de uma consciência preventiva nas famílias.

O desenvolvimento de ações de promoção de estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença cardiovascular, bem como sua detecção

precoce, minimizando danos, incapacidades, riscos e gastos, são fundamentais no cuidado com pacientes hipertensos (LIMA *et al*, 2009).

Como mecanismo facilitador para detecção precoce de doenças cardiovasculares, promoção de estilo de vida saudáveis e cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos criou-se um instrumento de cadastro e acompanhamento destes pacientes, o Hiperdia. Esse sistema é uma importante ferramenta que possibilita o conhecimento quantitativo dos hipertensos e da magnitude da hipertensão em uma localidade, colaborando para direcionar as atividades educativas (COSTA, 2007).

Os grupos de hipertensos são ambientes propícios para realização de orientações e esclarecimentos como importante estratégia para estimular mudanças nos hábitos de vida, além de proporcionar o atendimento de um maior número de pacientes, promover a socialização, troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes.

Através dos grupos de apoio, é possível desenvolver a autonomia dos usuários, o grau de confiança, o sentimento de pertencimento, alcançados através do aprender/ensinar a maneira de se viver a vida, a saúde ou a doença (SANTOS e ASSIS, 2006).

A prevenção, a promoção e a educação em saúde, realizadas de forma adequada, contribuem para a redução de gastos pelo SUS. Atualmente, uma internação por complicações da hipertensão, ou até mesmo o programa de diálise e transplante renal, tratamento medicamentoso para diabéticos, no Brasil, custam aproximadamente 1,4 bilhão de reais ano (PACHECO, 2006); este dinheiro poderia ser melhor aproveitado em outras ações, haja visto que a maior parte destas internações poderia ser prevenida.

Portanto faz-se necessário muito empenho nas ações de educação, promoção e prevenção, afinal uma mudança de estilo de vida de uma população, é algo que exige esforço, dedicação e confiança. O papel da equipe multiprofissional é minimizar o desconhecimento da população a respeito das doenças crônicas, no caso, a hipertensão, propiciando adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida.

5. DISCUSSÃO

A implantação do Programa Saúde da Família em Ibituruna ocorreu em 1999, sendo a Equipe de Saúde Bucal incluída na equipe em 2004, sob a modalidade II (de um CD, um ACD e um técnico em higiene dentária (THD)), com o objetivo de melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

Além da implantação ter ocorrido tardiamente, houve ainda dificuldades na integração dos profissionais, uma vez que o prédio onde a ESB trabalhava era separado do prédio da ESF. Essas diferenças distanciavam os profissionais e fragmentava cada vez mais o sistema. Até que em 2008 inaugura-se a Unidade Básica de Saúde Padre José Jorge Nicolau, ampla e bem dividida para acomodar todos os profissionais da área da saúde. Embora constituindo a equipe de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde, esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada.

Desde que foi implantado a ESB em Ibituruna, seu papel sempre foi uma mera referência odontológica para o serviço. No intuito de fomentar a integração das equipes para melhorar a qualidade de vida dos portadores de doenças cardiovasculares, tem se buscado identificar as melhores estratégias.

A primeira delas é a Educação Permanente. Para Ceccim (2005), esta pode ser definida como um processo de atualização das práticas do cotidiano de trabalho, no qual se envolvem equipes de saúde, gestores e instituições. Para ele, a condição indispensável para uma pessoa, ou organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano de trabalho. A vivência e/ou reflexão sobre práticas vividas geram alternativas de práticas, para enfrentar o desafio de produzir transformações. Nessa perspectiva, tem se buscado junto ao gestor, reuniões esporádicas para discutir assuntos pertinentes à equipe de saúde da família, estratégias e planos de trabalho, numa forma de envolvimento dos diferentes sujeitos.

Além disso, o Ministério da Saúde, em parceria com o Governo de Minas Gerais, tem disponibilizado cursos à distância para capacitação de recursos humanos, além de materiais pedagógicos como as Linhas-Guias, o Canal Minas Saúde, o Plano Diretor de Regionalização da Atenção básica, o Curso de Especialização em atenção Básica em Saúde da Família, dentre outros mecanismos que investem na capacitação dos profissionais, atendendo suas necessidades comuns na busca de melhorar a atenção aos coletivos sob sua responsabilidade. Para Santos (2006), é preciso utilizar diversas táticas, no intuito de dar conta da complexa luta para modificar as concepções tradicionais do modelo centrado na doença e incorporar novas alternativas na forma de agir/fazer em saúde.

Uma segunda estratégia de integração entre ESB e ESF seria a mudança nas ações tradicionais de prevenção e promoção de saúde. O grande problema é que os profissionais da saúde acabam escolhendo seus discursos na forma de culpabilização dos indivíduos por suas escolhas erradas; isso exclui as pessoas dos grupos de discussão, impossibilitando a tomada de consciência em relação à importância de sua participação. Talvez se houvesse mudança na forma de organização dos grupos e reuniões, além de na linguagem e na forma de abordagem, fosse possível conquistar o interesse e a atenção da comunidade.

Para Carreira e Marcon (2003) ao conhecer como o indivíduo e seus familiares lidam com questões do cotidiano, com as preocupações do dia-a-dia, a equipe pode planejar e programar uma assistência individual e integralizada. A equipe de saúde deve fornecer informações sobre sua doença, incluindo todas suas possíveis complicações, alternativas de tratamento, risco e benefícios, garantindo educação para o autocuidado. Sugere-se a utilização de estratégias lúdicas para esclarecimento de termos científicos e assuntos de difícil compreensão; apoio físico e psicológico, demonstrando interesse pelo olhar, toque e escuta. Deve-se compreender a cultura das pessoas e não julgá-las, afinal a cultura, hábito, crenças e padrões de comportamento auxiliam no processo educativo (PACHECO, 2006).

A forma de abordagem nas palestras, grupos e reuniões pode estar associada ao formato acadêmico em que os profissionais de saúde aprenderam a trabalhar e acabam repassando para a comunidade por meio de palestras verticalizadas e pouco problematizadoras. O que vemos hoje em Ibituruna são grupos operativos para Hipertensos e Diabéticos, descontextualizado, nem sempre condizente com as reais necessidades dos territórios sociais. Algumas atividades fragmentadas e isoladas são realizadas paralelamente, como caminhada, avaliação nutricional, empoderamento psicológico, mas falta integrar os saberes técnicos em prol dos portadores de doença cardiovasculares.

Nesse processo de trabalho educativo é importante despertar na equipe, o trabalho multiprofissional no acompanhamento aos portadores de doenças cardiovasculares, com ênfase nas ações de promoção de saúde bucal, convidando-os ao desafio de ser um profissional de saúde, com uma visão integral.

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde. Significa a construções de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas aos portadores de doenças cardiovasculares, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada e fluoretada, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem abordagem aos

fatores de risco, tais como: políticas de alimentação saudável, o incentivo ao autocuidado por meio da higiene bucal, eliminação do tabagismo, considerando a importância da boca como órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa.

O controle do ambiente bucal é a medida preventiva específica mais importante para prevenção de cáries dentais, doenças periodontais e infecções oportunistas. A remoção mecânica da placa bacteriana através de escova e fio dental constitui um procedimento básico de higiene pessoal que não deve ser negligenciado (CURY, 1999). A reabilitação bucal, através de restaurações diretas e todos os tipos de próteses, representa um papel muito importante, auxiliando no restabelecimento da função (mastigação, fonação e deglutição) e da estética dos dentes, as quais influenciam o bem-estar do indivíduo direta ou indiretamente (SHINKAI e DEL BEL CURY, 2000)

Além disso, a odontologia preventiva se manifesta importante no diagnóstico e tratamento das manifestações bucais decorrentes de doenças sistêmicas. É o que ocorre no caso de diabetes mellitus que provoca alterações na microvascularização das gengivas e mucosas, mesmo em pacientes compensados (KAMEN, 1997). Este desequilíbrio da saúde bucal tem implicações na qualidade de vida e no bem-estar dos indivíduos. O impacto funcional, social e psicológico das condições bucais pode ser medidas por diversas escalas validadas internacionalmente, como o *Oral Health Impact Profile* (OHIP) (LOCKER & SLADE, 1993). Condições orais precárias têm impacto negativo na vida diária de grande parte da população, sendo que as principais queixas referem-se a limitações funcionais (dificuldade de mastigação, fonação, respiração, aparência, retenção de alimentos nos dentes e próteses e desadaptação de próteses) (LOCKER & SLADE, 1993).

Sendo assim, em caso de complicação sistêmica, como nas relacionadas às doenças cardiovasculares, é fundamental que haja ação interdisciplinar para a resolução tanto do quadro geral quanto do odontológico. De acordo com Santos (2006), a responsabilidade diante dos desafios do processo saúde/doença “é a soma dos demais atores sociais, é a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um; é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários”.

Como uma estratégia adicional, destaca-se o estabelecimento de parcerias intersetoriais. Também é papel dos profissionais de saúde identificar outros espaços, recursos ou parcerias na comunidade, com o objetivo de desenvolver ações intersetoriais voltadas para a prevenção e promoção de saúde. Parcerias com as escolas, grupo da 3ª idade, além de oportunidades como campanhas de vacinas tem um alto potencial educativo, a partir daí, é

possível mobilizar, alunos, famílias, educadores e acima de tudo formar multiplicadores de opinião.

No caso dos portadores de doenças cardiovasculares a melhor forma de atuar é amenizando e, se possível, eliminando os fatores de risco modificáveis como: tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, estresse e falta de atividade física.

Promover um estilo de vida saudável deve ser prioridade de toda a equipe de saúde, evitando complicações futuras, internações e gastos desnecessários. Ter a família como aliados nesse processo é somar esforços na perspectiva de melhorar a qualidade de vida dos portadores de doenças cardiovasculares.

Nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro. Até porque quem adoce, adoce como um todo e, junto com alguém que sofre, sofrem os que o amam. Por isso, é evidente a necessidade de profissionais de saúde sensíveis e éticos (SANTOS 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Equipe de Saúde Bucal inserida na estratégia de saúde da família caminha para a integração e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, não se pode deixar de citar as dificuldades enfrentadas pela equipe, que incluem a falta de educação permanente para proporcionar aos profissionais uma visão mais holística e integrada e a falta de uma política de prevenção e promoção de saúde consistente, pautada em acolhimento, visitas domiciliares, reuniões e grupos de ajuda, buscando despertar nos usuários o autocuidado e sentimento de pertencimento. Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde se envolvam em um sentido macro de fazer e promover saúde, integrando diferentes olhares e perspectivas em busca do bem comum.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A.C. Contribuições do profissional de nível médio na equipe de saúde: influência do processo educativo na reorganização do modelo assistencial. In: AMÂNCIO FILHO, A. MOREIRA, M.C.G.B. **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.p.155-162.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, v.9, n.16: p.36-48, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília/DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília/DF, 1994.

BRASIL. **Portaria nº648/ GM de 28 de março de 2006**. Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1444/GM de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n.17, 2006.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Paidéia de Saúde da Família: SUS-Campinas**. Campinas, 2001. Mimeografado.

CAPISTRANO FILHO, D. O cirurgião dentista no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v.1, n.1: p.43-57, nov.1997.

CARLOS P.R. *et al.* Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.15, n.4: p.176-181, 2008.

CARREIRA, L. MARCON, S.S. Cotidiano e trabalho; concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev. Latino-Am. Enferm.**,v.11,n.6: p.823-831,2003.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic. Saúde, Educação**, v.9, n.16: p.161-177, set 2004/fev 2005.

CERICATO, G.O. *et al.* A Inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v.12, n.3: p.18-23, set/dez.2007.

COHEN, W. Relação de risco médico-periodontal. In: Simpósio Internacional de Medicina Bucal. **Aspectos periodontais e saúde sistêmica**. Dental Learning System, 1998.

COSTA, J.M.B. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de Recife, PE. **Anais eletrônicos**.Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2007. Disponível em <http://cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007costa-jmbs.pdf>. Acesso em: 25 novembro 2010.

COSTA, I.C.C.; ALBUQUERQUE A.J. Educação em saúde. In: OLIVEIRA, A.G.R. C. *et al.* **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: EDUFRN,p.223-250,1997.

CRUZ, D.B. *et al.* Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família:uma perspectiva a partir da equipe e saúde bucal. **REV APS**, v.12, n.2: p.168-175, abr/jun.2009.

CURY, J.A. Controle químico da placa dental. In: KRIEGER, L.(Org.) **ABOPREV: Promoção de saúde Bucal**. Editora Artes Médicas, São Paulo, p.129-140.1999.

FACCIN, D. *et al.*Processo de trabalho em saúde bucal:em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade.**Ciênc.Saúde Coletiva**,v.15,n.1: p.1643-1652,jun.2010.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. *et al.* (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Hucitec, São Paulo, p.37-54. 2003.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio- PNAD-1998**. Rio de Janeiro.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-1998**

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-2008** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades/população>>. Acesso em: 15 março 2010.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-2004** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades/economia>>. Acesso em: 15 março 2010.

KAMEN, P.R. Periodontal care. **Dental clinics of North America**, v.41: p.751-762, 1997.

LIMA, S.M.L. *et al.* Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.9: p.2001-2011, set.2009.

LOCKER, D. & SLADE, G. Oral health and the quality of life among older adults: The oral health impact profile. **Journal of the Canadian Dental Association**, v.59: p.830-838, 1993.

4-LORENZO J.L.; & LORENZO A. Manifestações sistêmicas das doenças periodontais: prováveis repercussões. **Rev. APCD**, v.56, n.3, 2002.

4.3.2 Estratégias de Prevenção das doenças cardiovasculares associadas a uma boa saúde bucal

LOWE, G.D.O. The relationship between infection, inflammation, and cardiovascular disease: an overview. **Ann Periodontol**, n.6: p.1-8, 2001.

MATOS, P.E.S. TOMITA, N.E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, 2004.

MERHY, E.E. **O Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1999.

MOTTA, J.I.J. **Educação permanente em saúde: da política do consenso a construção do dissenso**. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde)-Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

NOACK B. *et al.* Periodontal infections contribute to elevated systemic C-reactive protein level. **J.Periodontol**, v.72, n.9: p.1221-1227, 2001.

NÓBREGA, F.J.O. *et al.* Doença Periodontal como fator de risco para o desenvolvimento de alterações cardiovasculares. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.3, n.1: p.41-47, 2004. Disponível em <<http://WWW.patologiaoral.com.br/texto52.asp>> Acesso em: 10 novembro 2010.

PACHECO, G.S.; SANTOS, I.; BREGMAN, R. Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, v.14, n.3: p.434-439, 2006.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação**. Dissertação (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEREIRA, D.Q; PEREIRA, J.C.M. ASSIS, M.M.A. A prática odontológica em unidades básicas de saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2: p.599-609, 2003.

PETERSEN, P.E.; BOURGEOIS, D.; OGAWA, H.; ESTUPINAN-DAY, S.; NDIAYE, C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**, n.83: p.661-669, Sept.2005. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/661.pdf> .Acesso em: 20 fevereiro 2011.

PNUD. **Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento**. 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh>>. Acesso em: 15 março 2010.

PONTES, N.S.T. **Processo de Trabalho em Saúde Bucal e Necessidades de Educação Permanente: a experiência no PSF no município de Petrópolis**. Dissertação (mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RODRIGUES, A.A.A.O.; BOMFIM, L.S. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família em município do Semiárido Feira de Santana):Organização e micropolítica. **Rev. APS**, v.13, n.1: p.96-108, jan/Marc. 2010.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa.**Acta Paul. Enferm**,v.20,n.2, abr-jun.2007

SANTOS, A.M. Organização das ações em Saúde Bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Rev. APS**, v.9,n.2:p.190-200,jul./dez.2006.

SANTOS A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo à prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência Saúde Coletiva**, v.11, n.1: jan./Marc. 2006.

SERRANO JR, C.V; SOUZA, J.A. Doença periodontal como potencial fator de risco para síndromes coronarianas agudas. **Arq. Bras. Cardiol**. v.87,n.5: p.562-563,nov.2006.

SHINKAI, R.S. A & DEL BEL CURY, A.A. Odontologia e atenção ao Idoso. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.4: p.1099-1109, out/dez 2000.

SILVA, I.Z.Q.J. TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF:investigando a articulação técnica e a interação entre profissionais.**Interface**,v.9,n.16:p.25-35,2005.

SILVEIRA FILHO, A.D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Boletim do Programa de Saúde da Família**, dez.2002.

TEIXEIRA, M.C.B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1:p.45-51,2006.

TOLEDO B.E.C. FIGUEIREDO, L.C. ROSSA JÚNIOR, C. **Do tratamento da piorrêia à medicina periodontal: prevenção e promoção de saúde.** São Paulo: Artes Médicas, 2002.

WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança.** Dissertação (Doutorado em Odontologia Social)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1994.

WESTPHAL, M.F. MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, v.34(b), n.9: p.47-61, 2000.