

**PATRÍCIA DANIELA COSTA**

**ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**

**Problemas e Propostas de Enfrentamento**

**FORMIGA – MINAS GERAIS**

**2011**

**PATRÍCIA DANIELA COSTA**

**ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**

**Problemas e Propostas de Enfrentamento**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck

**FORMIGA – MINAS GERAIS**

**2011**

**PATRÍCIA DANIELA COSTA**

**ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Problemas e Propostas de Enfrentamento**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck

Banca Examinadora  
Marcos Azeredo Furquim Werneck - Orientador  
Andréa Maria Duarte Vargas

Aprovada em Belo Horizonte em 16/04/2011

## **AGRADECIMENTOS**

A todos que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste curso, onde tive a oportunidade de aprender a realizar um trabalho que realmente esteja dentro da proposta do PSF, dignificando minha profissão.

Ao meu marido Ricardo, pelas orientações, pelo incentivo e principalmente pela cumplicidade em todos os momentos, colaborando de forma imprescindível para a conclusão deste trabalho.

Ao meu orientador Marcos Werneck, por dividir comigo seus conhecimentos, pela sua colaboração e gentileza em todos os momentos.

## **RESUMO**

O objetivo deste trabalho é identificar, através da revisão de literatura, aspectos importantes da organização dos serviços de saúde bucal no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Diante dos problemas encontrados, este trabalho aponta para a importância de que as equipes de saúde bucal, procurem conhecer os problemas que enfrentam e os caminhos apontados para a superação dos mesmos e a importância de se constituir um processo de educação permanente, com capacitações adequadas e preocupadas com a realidade, com a qualidade de vida e com os valores culturais das pessoas acerca de sua própria saúde.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACD	-	Auxiliar de Consultório Dentário
ASB	-	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	-	Cirurgião Dentista
CEO	-	Centro de Especialidades Odontológicas
CPOD	-	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS	-	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SB	-	Saúde Bucal
SF	-	Saúde da Família
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
THD	-	Técnico em Higiene Dentária
TSB	-	Técnico em Saúde Bucal
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
VD	-	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

1 Introdução	8
2 Objetivos	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 Metodologia	11
4 Resultados	12
5 Considerações Finais	27
Referências	30

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma estratégia de reestruturação dos serviços de saúde no âmbito da atenção primária. O PSF é capaz de melhorar a condição de vida dos brasileiros, uma vez que tem por base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivos: a) facilitar o reconhecimento do território; b) neste território, aproximar da sociedade, conhecer as instituições sociais e as diversas formas de organização; c) identificar as formas de vida e os diferentes riscos de adoecimento da população; d) compreender a importância de se conhecer os valores, hábitos e costumes das pessoas em relação à saúde e aos cuidados com o corpo; e) produzir ações que possibilitem levar a saúde para mais perto das famílias (BRASIL, 1998).

A atenção à saúde bucal, parte integrante e essencial para saúde dos indivíduos, foi introduzida oficialmente no PSF em 2000, com a criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), efetivando o princípio de integralidade da atenção. Este processo de inserção introduziu alguns ganhos importantes para o setor de saúde bucal, como o incentivo financeiro e a ampliação do acesso aos serviços odontológicos para toda a população (BRASIL, 2000) (BRASIL, 2001). Porém, um dos grandes desafios enfrentados ainda hoje, dez anos após a inserção das Equipes de Saúde Bucal no programa, refere-se ao despreparo dos profissionais para atuarem nessas equipes.

De acordo com Araújo e Dimenstein (2006), o cirurgião-dentista (CD) que trabalha no PSF se vê, frequentemente, diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer as suas atividades. Isso porque a maioria recebeu uma educação voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para os determinantes sociais da saúde, com a discussão dos fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos e suas influências no processo saúde-doença. Da mesma forma que pouca ênfase é dada para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Apesar da existência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2007), os serviços de saúde têm apresentado poucos esforços para a

implantação de um processo mais efetivo de capacitações e treinamentos que permitam a mudança das práticas e do modelo de atenção, em especial no que se refere às equipes de saúde bucal.

Na condição de Cirurgiã-Dentista da equipe de saúde bucal do PSF da Unidade de Saúde “Ulisses Furtado da Silva”, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Camacho – MG, venho percebendo a urgência de que um processo de educação permanente para a equipe de saúde da família e, em especial, para a ESB na qual trabalho.

A partir da minha experiência pessoal, penso que as equipes de saúde bucal devem ser preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando sua atuação para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais. Por isso torna-se necessária a adoção de um processo de capacitação para os profissionais incorporados às Equipes de Saúde da Família, proporcionando a eles, a compreensão das políticas de saúde propostas pelo SUS e uma mudança em seu processo de trabalho, integrando-o a toda a equipe de saúde da família nas Unidades Básicas de Saúde. Somente com recursos humanos devidamente preparados, será possível mudar o modo de organização e gerenciamento do processo de trabalho das ESB e elevar o nível de saúde bucal como condição de cidadania para os brasileiros.

Este estudo tem como objetivo, realizar uma revisão de literatura que permita Identificar os aspectos relevantes da organização dos serviços de saúde bucal no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse sentido, identificar os principais problemas encontrados pelas Equipes de Saúde Bucal, frente às propostas da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica (AB) para organizar o seu processo de trabalho.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar, através de revisão de literatura, aspectos relevantes da organização dos serviços de saúde bucal no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer o processo de inserção da Saúde Bucal (SB) no Programa de Saúde da Família (PSF), por meio das portarias (1444 de 28/12/2000 e 276 de 06/03/2001)
- Identificar os principais problemas encontrados pelas Equipes de Saúde Bucal;
- Conhecer as propostas da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica (AB) (portaria GM/MS nº 648 de 28/03/2006) para organizar o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB).

### **3 METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se por uma revisão de literatura que reuniu artigos científicos publicados nos anos de 2004 a 2010. A busca de fonte bibliográfica foi baseada nos descritores: Saúde Bucal, Saúde Bucal no PSF, Modelo de Atenção e Trabalho em Equipe.

A pesquisa foi constituída por uma busca ativa realizada na base de dados Bireme. Como critérios de inclusão, foram selecionados apenas os estudos publicados na língua portuguesa. O levantamento dos artigos selecionados foi realizado no período de novembro de 2009 a maio de 2010.

Para a análise do material, foi, inicialmente, realizada a seleção de artigos. Após leitura dos resumos, foram excluídos os artigos cujos temas não eram pertinentes ao estudo. Durante todo o processo de busca e análise do material bibliográfico foi necessário e de fundamental importância estabelecer uma relação entre cada texto e o objetivo deste trabalho, permitindo que ele abrangesse a sua relevância como estudo científico.

A revisão da literatura forneceu os resultados deste trabalho e os achados mais importantes foram comentados nas “Considerações Finais”.

## 4 RESULTADOS

Vários modelos de atenção a saúde foram estabelecidos nos Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Sua implantação teve início em 1991 e já ocorreram grandes mudanças até os dias de hoje. As características anteriores, baseadas em um modelo hospitalocêntrico levaram a uma crise na assistência a saúde, obrigando o Ministério da Saúde, após a implantação do SUS, a desenvolver programas baseados na abordagem familiar, com ênfase às ações de promoção e proteção à saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve início em 1991 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Posteriormente, em 1994, ocorreu a ampliação da ESF com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). As primeiras equipes multidisciplinares do PSF foram formadas nessa época e eram compostas por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (FERNANDES DE HOLANDA et al, 2009).

O PSF propõe a reestruturação da prática assistencial, a partir de novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência e tem, como princípios, o caráter substitutivo, a integralidade e a hierarquização, a territorialização e adstrição da clientela e a equipe multiprofissional. Ao mesmo tempo em que reafirma e incorpora os princípios básicos de Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização do acesso, descentralização, integralidade e participação da comunidade. (FERNANDES DE HOLANDA et al, 2009).

O Programa Saúde da Família (PSF) tem se tornado, nos últimos anos, uma das principais estratégias para a reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. Tem como objetivo a reformulação do processo de trabalho do SUS, centrado na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação. Baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e o meio que a cerca e, com ações organizadas em um território definido. Tornou-se o carro-chefe do modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério

da Saúde (MS) como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo de atenção tradicional impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde. (SOUZA E RONCALLI, 2007).

Segundo Emmi e Barroso (2008), o principal propósito do PSF é levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Deve priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma contínua e integral, abrangendo todas as faixas etárias, sendo estas pessoas sadias ou doentes. A assistência deve ser prestada na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. As ações priorizadas pelo programa não devem se restringir ao setor saúde, e sim estar articuladas com diferentes setores para intervir nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Por isso, estes profissionais, com o intuito de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde, devem buscar sempre direcionar sua prática com o emprego de atividades que propiciem a criação de vínculos e o estabelecimento da co-responsabilidade nas ações de cuidado em saúde.

Ainda segundo Emmi e Barroso (2008),

“a equipe de saúde da família deve estar preparada para o conhecimento da realidade das famílias pelas quais é responsável; a identificação dos problemas de saúde prevalentes e as situações de risco às quais a população está exposta; a elaboração de um plano com a participação da comunidade para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; a prestação de assistência integral e o desenvolvimento de ações educativas. As equipes de saúde da família trabalham sempre com o território de abrangência definido, que envolvem o domicílio, as microáreas, creches e escolas. A partir dessa delimitação da área de abrangência é possível identificar, com mais facilidade, os principais problemas de saúde que afetam aquela comunidade, compreendendo os principais agravos da população, permitindo que seja elaborado diagnóstico e avaliação permanente para planejar e desenvolver ações de saúde coerentes com a realidade vivida”

Diante da necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população e de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica, o Ministério da Saúde, através da Portaria 1444 de 28 de

dezembro de 2000, estabeleceu incentivo financeiro para criação e inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF). Em 06 de março de 2001, o Ministério da Saúde editou a Portaria 267, que regulamentou a portaria 1444 e definiu que o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família está voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial. (BRASIL, 2000) (BRASIL, 2001)

De acordo com a Portaria 1444, existem duas modalidades de equipes com a inclusão de profissionais de saúde bucal: com um Cirurgião-Dentista (CD) e um Atendente de Consultório Dentário (ACD), atual Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) (modalidade I) e, além desses, um Técnico em Higiene Dental (THD), atual Técnico em Saúde Bucal (TSB) (modalidade II) (BRASIL, 2000).

A saúde bucal no PSF tem recebido um aumento do incentivo financeiro pelo Ministério da Saúde, demonstrando sua relevância no atual momento político no Brasil. A Política Nacional de Saúde Bucal, implantada oficialmente em 2004, com o nome de fantasia “BRASIL SORRIDENTE”, busca a operacionalização da oferta de serviços na atenção básica através do PSF. Além disso, incentiva o aumento da oferta de procedimentos nos níveis secundário e terciário da atenção com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são unidades de referência para as equipes de saúde bucal (BRASIL, 2004) (SOUZA E RONCALLI, 2007).

De acordo com Souza e Roncalli (2007),

“a incorporação da Saúde Bucal ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque o PSF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário”.

Antes da inserção da saúde bucal no PSF, outros modelos assistenciais foram criados, como Sistema Incremental, Programa Inversão da Atenção e Atenção Precoce.

O Sistema Incremental surgiu como uma proposta de prestação de serviços odontológicos de forma programada e sistemática, diferentemente do sistema de livre demanda vigente nas décadas anteriores. Porém, o atendimento às crianças em idade escolar foi priorizado, excluindo as demais faixas etárias. No entanto, não mais se admite esta exclusão de clientela em um Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de universalidade de atenção – todo cidadão tem direito à saúde – e de integralidade de serviços – as necessidades da população devem ser atendidas em sua totalidade. Este modelo, mesmo sendo caracterizado como misto (preventivo-curativo), enfatiza a ação restauradora e coloca em segundo plano as ações educativas e preventivas, simploriamente abordadas através de aplicações tópicas de fluoreto de sódio a 2% nas crianças com idades de 7, 10 e 13 anos e à fluoretação da água de abastecimento. (NICKEL et al,2008)

Em decorrência das críticas ao Sistema Incremental, surgiu no fim da década de 80, o Programa Inversão da Atenção. Este programa conseguiu romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, enfatizando as medidas preventivas para o controle da doença cárie, no entanto permaneceu com a prioridade (ou exclusividade) de prestação de serviços a um grupo restrito. Além disso, não levou em conta as reais necessidades epidemiológicas da população, que permaneceu com alto índice CPOD, principalmente aquela não pertencente à faixa etária usuária do modelo. (NICKEL et al,2008)

Outro modelo experimentado no campo da Saúde Bucal é a Atenção Precoce. Ele introduziu nova mentalidade junto à população e profissionais de saúde sobre a importância da prevenção da cárie dentária ainda na dentição decídua, propondo atendimento a crianças com idade inferior a seis anos, o que não ocorria no modelo incremental. A partir daí surgiram as “Bebê- Clínicas” que realizavam atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, incluindo as gestantes, e visava à educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal, controle da amamentação noturna após os seis meses de vida e consumo racional de açúcar (NICKEL et al,2008).

Em março de 2001, houve a inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família (PSF), através da formação das equipes de saúde bucal, reforçando a construção do modelo de atenção proposto pelo SUS, que visa a melhoria efetiva das condições de vida dos brasileiros. De acordo com este modelo, as equipes de saúde bucal devem realizar um atendimento voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, priorizando a eliminação da dor e da infecção. Devem agir baseadas nos critérios de risco conhecidos através da utilização de recursos epidemiológicos. Desta forma, os conceitos de universalidade e integralidade tornam-se concretos, auxiliando a rede básica de saúde na diminuição do fluxo dos usuários para a atenção complexa (NICKEL et al,2008).

Nas últimas décadas, houve uma expressiva melhora na condição de saúde bucal dos brasileiros. No primeiro levantamento nacional sobre saúde bucal, realizado em 1986, comprovaram-se elevados índices de CPOD (índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), cujos valores encontrados estavam entre os maiores do mundo para todas as idades analisadas, com valor médio de 6,65 para as crianças de 12 anos. Dez anos depois, outro inquérito de saúde bucal mostrou que esse índice foi de 3,06, caindo para 2,78, no inquérito de 2003 (PINHEIRO E TORRES, 2006) (SILVA et al,2007) (NICKEL et al,2008).

No entanto, ainda ocorrem diferenças marcantes entre as macrorregiões, no que se refere ao índice CPOD e outros indicadores, como medidas de doença periodontal, acesso à água de abastecimento fluoretada e aos serviços de saúde. Os dados encontrados no Projeto SB Brasil, realizado em 2003, estimam que a saúde bucal está distribuída de maneira desigual na população brasileira, apresentando os piores índices nas regiões menos favorecidas economicamente. Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como importante determinante da saúde bucal e estudos têm demonstrado que o declínio da cárie dentária vem sendo acompanhado pela polarização da doença nos grupos menos privilegiados (SILVA et al,2007).

Como determinante principal da redução do índice de cárie desde os anos 80 está a inclusão de fluoretos tanto na água de abastecimento público dos municípios, quanto

nos dentifrícios comercializados. Como determinante coadjuvante está a odontologia, em sua atuação preventiva e curativa. (AERTS et al.,2004) (NICKEL et al,2008)

A fluoretação das águas de abastecimento público é uma medida de saúde coletiva com inigualável abrangência populacional e grande eficiência na prevenção da cárie dentária. Devem ser respeitadas a continuidade e a regularidade dos teores adequados, pois a subdosagem não traz benefícios e a sobredosagem pode causar fluorose (AERTS et al, 2004).

Silva et.al. (2007), relatam que

“disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificadas. É provável que muitas das diferenças apontadas sejam decorrentes do modelo de atenção em cada área geográfica incluindo, entre outros, o impacto de medidas mais gerais, como, por exemplo, a fluoretação da água e do creme dental, e de medidas mais específicas relacionadas ao acesso e utilização de serviços de assistência odontológica”.

Apesar da expressiva melhora na condição de saúde bucal no Brasil, os valores encontrados no levantamento de 2003 ainda estão aquém da meta sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2000. Apenas o índice médio de CPOD para as crianças mostrou-se compatível com a meta (inferior a 3,0), variando, todavia, entre as regiões. (PINHEIRO E TORRES, 2006)

Ainda segundo Pinheiro e Torres (2006),

“no Brasil, 15,9% nunca consultaram o dentista, e o percentual variou entre os estados. Os maiores percentuais foram observados em Estados do Norte e Nordeste, como Maranhão (32,3%) e Amapá (30,0%), seguidos de Bahia (29,6%), Alagoas (27,3%), Piauí (23,2%), Acre (22,7%), Tocantins (21,9%) e Sergipe (20,7%), enquanto os menores percentuais foram encontrados para Estados do Sul, como Paraná (10,1%) e Santa Catarina (9,5%), e para o Distrito Federal (9,6%).”

Os parâmetros de cobertura assistencial para o SUS, utilizados pelo Ministério da Saúde para o planejamento dos recursos odontológicos, são de uma consulta a cada dois anos até duas consultas odontológicas ao ano e, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o ingresso no sistema deve dar-se no máximo a partir dos seis meses de idade. (PINHEIRO E TORRES, 2006)

O Ministério da Saúde, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, denominada “Brasil Sorridente”, vem buscando, nos últimos anos, melhorar a condição de saúde e superar as desigualdades sociodemográficas na saúde da população, a partir da reorganização do sistema de saúde e da prática assistencial, do aumento do atendimento e de sua qualificação, ampliando o acesso aos serviços odontológicos a todas as faixas etárias e assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário. (PINHEIRO E TORRES, 2006)

De um modo geral, portanto, o modelo assistencial desenvolvido pela saúde bucal, ainda que se reconheça os limites das respostas possibilitadas pelos CEO, tenta solucionar os problemas do referenciamento para a atenção secundária e terciária. Considerando a importância de oferecer à população todos os níveis de complexidade do tratamento, garantindo o princípio da integralidade da atenção, observa-se que a maioria dos municípios ainda não realiza o referenciamento. Segundo os gestores, as principais dificuldades encontradas são a falta de profissionais capacitados e de centros de referência em saúde bucal. Outro problema encontrado é a integração da equipe de saúde bucal com a equipe de saúde da família para a realização de um trabalho em conjunto. Este tem sido um dos maiores desafios para a saúde bucal. (SOUZA E RONCALLI, 2007)

O cirurgião-dentista ainda realiza suas atividades de forma isolada e raramente promove ações em conjunto com profissionais de outras áreas, descaracterizando o trabalho em equipe. As características dessa prática isolada são encontradas também em contextos como o da estrutura dos serviços de saúde, que reforça a divisão do trabalho através de especialidades que pouco interagem ou, nas instituições de ensino e formação do cirurgião-dentista, que ainda priorizam o tecnicismo e o biologismo, em detrimento de qualquer possibilidade de integração das disciplinas. (FERNANDES DE HOLANDA et al, 2009)

Segundo o mesmo autor, o trabalho em equipe é capaz de melhorar a qualidade dos serviços através de uma nova forma de se realizar atividades, trazendo benefícios como planejamento de serviços, o estabelecimento de prioridades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução de

intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais, a redução da rotatividade, resultando na redução de custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos. A especificidade da odontologia é muito importante e necessária, desde que inserida em um campo comum às várias profissões. Do contrário, perde-se a possibilidade da troca e do projeto em comum das diversas áreas profissionais envolvidas.

Souza, citado por EMMI E BARROSO (2008), afirma que, no contexto do PSF, a inclusão do cirurgião dentista não significa que saúde bucal deve ser responsabilidade exclusiva dos profissionais da área odontológica, portanto deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe, de forma articulada.

As equipes de saúde bucal devem atuar na promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais. Portanto, devem estar preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas. Para se alcançar estes objetivos é importante que haja uma modificação no modelo cirúrgico-restaurador presente na prática odontológica. Para isso a formação do Cirurgião Dentista (CD) deve se basear em conhecimentos clínicos e também de saúde coletiva, aliando a competência técnica ao compromisso social (EMMI E BARROSO, 2008).

O papel das escolas formadoras surge como o alicerce, devendo direcionar a capacitação dos futuros cirurgiões-dentistas para o entendimento, valorização e desenvolvimento do trabalho em equipe, abandonando o modelo tecnicista e biologicista, visando uma proposta de trabalho que entenda o indivíduo e a sociedade em seus múltiplos aspectos. (FERNANDES DE HOLANDA et al, 2009).

De acordo com Matos e Tomita (2004),

“ o ensino odontológico tem se baseado em conteúdos técnicos fortemente arraigados ao ambulatório das faculdades de Odontologia e a abordagem social dos problemas de saúde não é um tema freqüentemente discutido entre estudantes e professores. Os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Odontologia têm sido alvo de modificações, a partir da Resolução CNE/CES nº 3, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em Odontologia, que ressalta a importância do estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, enfatizando os princípios do SUS. Com base nessas Diretrizes Curriculares, observa-se uma indução ao processo de reforma curricular nos cursos de graduação

em Odontologia. Nesse momento histórico, a inserção da saúde bucal no PSF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica. Assim como os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família, o cirurgião-dentista necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando a integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território com vistas à efetivação do SUS. A leitura destes discursos permite antever uma preocupação em contemplar o perfil proposto pelo Conselho Nacional de Educação, das Novas Diretrizes Curriculares, que é de um *'cirurgião-dentista com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico, capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade'*

De uma forma geral, ao se considerar as relações de trabalho dos profissionais com os municípios, percebe-se a predominância de contratos administrativos, muitas vezes precários e sem nenhum critério de seleção, propiciando práticas clientelistas e vínculos contratuais ilegais, ou até mesmo inexistentes em alguns casos. (SOUZA E RONCALLI, 2007), (NICKEL et al,2008), (ARAÚJO E DIMENSTEIN, 2006). Assim, esta prática de contratação por meio de favorecimentos, pode estar impedindo o ingresso de profissionais realmente capacitados e mais comprometidos com os princípios do SUS. (NICKEL et al,2008). É possível que esta lamentável situação esteja sendo um grande entrave à implantação do modelo proposto pelo SUS, interferindo, com certeza, no tipo de trabalho realizado, no comprometimento e no vínculo que estes profissionais estabelecem com o trabalho e com a comunidade. (ARAÚJO E DIMENSTEIN, 2006)

Souza e Roncalli (2007), afirmam que,

“as relações de trabalho dos profissionais do PSF são precárias, o que é evidenciado por alguns aspectos como: (a) a forma de incorporação, muitas vezes sem critérios ou concursos, o que favorece as práticas clientelistas; (b) as formas de contratação informais e precárias, provocando instabilidade no emprego; (c) a questão salarial, não havendo isonomia e sendo baixa a remuneração dos dentistas; (d) a jornada de trabalho semanal de 40 horas, que, por muitos motivos, incluindo a residência fixa e os salários, não tem sido cumprida. Esses fatores na sua inter-relação, mesmo não sendo determinantes no modo como se define a assistência ao usuário do serviço, podem estar interferindo nessa questão.”

Com as ofertas e condições de trabalho precárias, o CD tem buscado alternativas de trabalho, mesmo distante dos seus ideais de realização profissional. São raros aqueles

que fazem opção pelo trabalho no PSF, por sua filosofia e proposta de atenção à saúde. (ARAÚJO E DIMENSTEIN, 2006)

O cumprimento dos princípios do SUS, como a universalidade e equidade, requer das equipes de saúde bucal o conhecimento de sua realidade local, da sua comunidade adscrita. Daí a necessidade de organizar as ações valendo-se de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada (SOUZA E RONCALLI, 2007).

Para atingir o objetivo de reorganizar a saúde pública e alcançar sua meta principal de promover condições ideais de vida e saúde para a população brasileira, de forma integral e universal, o PSF deve tornar disponíveis serviços de referência e contra-referência atualizados para o atendimento da população, contratar profissionais concursados para assegurar sua qualificação e manter o número adequado de equipes de acordo com o número de famílias adscritas, evitando o excesso de demanda e queda na qualidade dos serviços prestados. (NICKEL et al,2008)

Aerts et al (2004), afirmaram que

“Os serviços de saúde podem ser um componente importante na melhora das condições de saúde da população. Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal. É necessário que o cirurgião-dentista realize seu trabalho equilibrando prevenção e cura, adotando procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica e assegurando que esses sejam implementados com o mais alto padrão possível. Além disso, deve participar do processo de identificação dos problemas dos diferentes grupos populacionais do território sob responsabilidade de seu serviço de saúde, atuando em equipes multidisciplinares e intersetoriais, com a participação de lideranças locais na vigilância da saúde bucal. Dessa forma, o cirurgião-dentista tem um papel importante a assumir no auxílio das pessoas na identificação de crenças prejudiciais à saúde; no incentivo ao exame das bocas de crianças e adultos no domicílio para a detecção de problemas e na orientação sobre locais para buscar ajuda; na capacitação de agentes comunitários e auxiliares (ASB e TSB); no auxílio na educação continuada dos colegas; na atuação como educador em saúde bucal em equipes multidisciplinares e multiprofissionais; e em ações educativas coletivas (grupos, escolas, conselhos locais de saúde, associações), relacionadas ao estilo de vida, ao uso do flúor na água e à orientação sobre a higiene bucal.”

A educação para a saúde também faz parte dos programas de saúde pública. No entanto, os profissionais envolvidos nos programas não estão preparados para realizá-la. Muitas vezes não a percebem como um processo educativo que deve se dar por meio da interação, comunicação e da integração entre profissionais e usuários. Ao agir deste modo, não percebem e não compreendem a realidade e as condições de vida como fatores determinantes na formação de conceitos, hábitos e costumes das pessoas em relação ao seu corpo e à sua saúde, enquanto valores culturais fundamentais no cuidado à saúde. Desta forma, atuam sem observar a realidade local, sendo apenas intermediários no repasse acrítico de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais. Isto produz uma ação não educativa, sem construção de novos saberes e conhecimentos, num processo em que uns falam, e outros escutam, mas, ninguém muda, de fato, o que sabe e o que faz. Portanto, apesar do esforço realizado, não se consegue obter o resultado esperado e os usuários dos serviços de saúde acabam sendo culpados por não compreenderem o que foi ensinado. Os métodos preventivos tradicionais estão fundamentados em percepções do modo de aprender baseado na memorização de informações, e desta forma, não se consegue alcançar o objetivo maior, de transformar o conhecimento adquirido em algo capaz de gerar autonomia do usuário com os próprios cuidados com a saúde (ARAÚJO E DIMENSTEIN, 2006).

Dessa forma, mais importante do que desenvolver ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal é realizá-las racionalmente, com avaliações periódicas para saber se realmente estão sendo efetivas, e não simplesmente instituir um "pacote preventivo", o qual tem sido implementado acriticamente pela maioria das equipes de saúde bucal. (SOUZA E RONCALLI, 2007)

Sabe-se da importância da educação para o controle das doenças bucais e, para isso, é necessária uma integração e articulação do setor saúde com o setor educação. Todavia, atualmente, não existe uma normatização das estratégias preventivas para a Odontologia. Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo. Considerando que o cirurgião-dentista dispõe de 40 horas semanais, é possível reservar um horário

específico para este discutir com toda a equipe de saúde de sua UBS e repassar informações de saúde bucal, empoderando TSB, ASB, ACS e auxiliares de enfermagem. Assim, o CD deve ser um participante ativo das ações de promoção, educação e prevenção, dispondo de tempo para reunir-se com a equipe de saúde e com a população da área onde atua, participando dos processos de planejamento e avaliação das ações em desenvolvimento na sua região e no município como um todo.

Uma atividade de grande importância no âmbito da educação e prevenção é a visita domiciliar (VD). A VD possibilita o conhecimento da situação de saúde das famílias com uma maior profundidade, constituindo-se em forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias. Segundo os relatos, porém, esta é uma atividade pouco executada por esses profissionais, e quando o é, não há priorização da visita de acordo com o risco das famílias a serem visitadas. (ARAÚJO E DIMENSTEIN, 2006)

O atendimento domiciliar pode ser considerado um novo conceito de atenção à saúde, onde os profissionais deslocam-se até o usuário incapacitado e buscam, através da melhora no seu quadro de saúde bucal, participar do restabelecimento da saúde geral. As unidades móveis também são recursos utilizados para prestarem serviços às zonas rurais ou periféricas onde o acesso aos serviços de saúde é bastante limitado. (ARAÚJO et al, 2006)

As visitas domiciliares devem obedecer alguns critérios, sendo realizadas quando houver uma necessidade explícita, não apresentando caráter compulsório. O papel da visita cotidiana às residências deve ser atribuído aos agentes comunitários de saúde, e estes devem estar bem preparados para realizá-las adequadamente, não sendo, portanto, admissível que um trabalhador realize uma visita sem mesmo saber o que ou para que vai fazê-la (SANTOS et al,2008).

Na odontologia moderna, os cirurgiões-dentistas são convidados a repensar a sua prática e exercer um novo papel dentro saúde pública. Um dos princípios básicos em saúde coletiva é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Nesta nova visão, os profissionais têm a responsabilidade

de promover políticas públicas saudáveis e de motivar as pessoas a se capacitarem na busca de sua qualidade de vida e da coletividade. O desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com a saúde envolve fatores como autoconfiança e autoestima. Neste sentido, as pessoas devem ser preparadas para identificar e analisar seus problemas, possibilitando um maior controle sobre informações e recomendações que lhes são apresentadas e, conseqüentemente, a melhora de sua saúde bucal. O fortalecimento destas ações comunitárias visa à integração da abordagem tradicional-vertical com a abordagem horizontal. (AERTS et al.,2004)

Neste novo caminho da saúde coletiva, a construção do vínculo é essencial para a transformação do usuário em um sujeito ativo nas decisões acerca de sua vida e no desenvolvimento de suas potencialidades. Apesar do trabalho das equipes de saúde realizando atividades com potencial para estabelecer o vínculo e coproduzir a autonomia, pôde-se observar que as ações coletivas tinham como foco de discussão as patologias bucais ou técnicas de higiene, com uma perspectiva voltada principalmente à prevenção. No entanto, as atividades fora da clínica deveriam ter um dispositivo deflagrador de mudanças, ou seja, essas equipes precisam discutir questões de cidadania, políticas de saúde e socioeconômicas, como forma de fortalecer o vínculo, construir a autonomia e despertar para a corresponsabilização frente aos problemas da comunidade (SANTOS et al,2008).

Segundo o mesmo autor,

“Os agentes comunitários de saúde foram sujeitos fundamentais para gerar uma relação de confiança e cumplicidade que se estende aos demais trabalhadores, potencializando o vínculo, o acolhimento e a autonomia dos usuários. Eles são, portanto, sujeitos portadores naturais do vínculo com a comunidade, capazes de contribuir com a autonomia dos usuários. Nas visitas domiciliares, esses agentes estimulam os usuários a administrarem seus processos de saúde, a partir do fortalecimento do autocuidado e da autopercepção.”

O ACS tem uma missão social bem clara, pois é alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e de saúde, apoiada pela ação governamental. A formação desses profissionais deverá valorizar a singularidade profissional deste trabalhador, tendo as

características do seu perfil social, a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Por outro lado, a formação original do ACS, vinculada inicialmente à categoria de enfermagem e médica, contribuiu para o distanciamento de relações entre dentistas e ACS, dificultando a realização de ações de saúde bucal entre estes, tornando-as menos efetivas (FERNANDES DE HOLANDA et al, 2009).

Finalmente, diante dos aspectos abordados até aqui, é fundamental ressaltar que, mesmo com toda uma construção teórica e metodológica para se buscar a compreensão de problemas e estratégias para seu enfrentamento, bem como para se fazer a gestão do processo de trabalho, e a própria gestão dos serviços, de acordo com o modelo de atenção proposto pelo SUS, é importante que o Estado normatize e detalhe este modelo por meio de instrumentos oficiais que possam, de certa forma, sustentar e balizar as reformas possíveis e necessárias à mudança desejada. Neste sentido, merece atenção, entre estes instrumentos, os princípios e diretrizes do SUS que se encontram reescritos e renovados na Portaria GM/MS n.º 648 de 28 de março de 2006.

De acordo com a portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF), são atribuições da Equipe de Saúde Bucal:

“Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde

bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.  
VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;  
VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e  
IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;  
II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;  
III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.  
IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e  
V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;  
II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;  
III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;  
IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;  
V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;  
VI - organizar a agenda clínica;  
VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e  
VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.”

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados, podemos concluir que os principais problemas apontados pela literatura são:

- Discrepâncias marcantes quanto aos indicadores de saúde bucal nas diferentes regiões do país, sendo os piores índices encontrados nas regiões menos favorecidas economicamente;
- Dificuldades no acesso aos serviços;
- Dificuldades no referenciamento para a atenção secundária e terciária;
- Ausência de integração da Equipe de Saúde Bucal com a Equipe de Saúde da Família
- Formação acadêmica do CD desvinculada dos problemas sociais da população e com conteúdos de saúde coletiva desvalorizados;
- Contratação de profissionais sem nenhum critério de seleção, restringindo o ingresso de profissionais realmente capacitados;
- Profissionais despreparados para desenvolver ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal.

As principais propostas de superação dos problemas, de acordo com a literatura consultada são:

- Reorganização do sistema de saúde e da prática assistencial;
- Inclusão de fluoretos na água de abastecimento público em todos os municípios;
- Reforma curricular nos cursos de graduação em Odontologia;
- Contratar profissionais concursados para assegurar sua qualificação;
- Realizar atividades educativas de forma racional e com avaliações periódicas;
- Integração e articulação do setor de saúde com o setor de educação;
- O CD deve capacitar os TSB, ASB, ACS e auxiliares de enfermagem, para que todos participem do processo educativo.

As questões elencadas acima constituem um esforço deste estudo em apontar para importância de que as equipes de saúde bucal, por meio de uma discussão crítica do modelo de atenção que se adota em cada UBS, procurem conhecer os problemas que enfrentam e os caminhos apontados para a superação dos mesmos.

Este trabalho aponta, também, para a importância de se constituir um processo de educação permanente, com capacitações adequadas e preocupadas com a realidade, com a qualidade de vida e com os valores culturais das pessoas acerca de sua própria saúde.

Finalmente, propõe que haja um processo integrado de planejamento, como forma mais adequada de se alcançar as mudanças propostas pelo modelo do SUS.

São processos longos e muito trabalhosos. Requerem vontade de mudança. Mas, são perfeitamente possíveis.

O desafio está posto.

## **ABSTRACT**

The objective is to identify, through literature review, major aspects of the organization of oral health services under the Family Health Strategy. Given the problems encountered, this study points to the importance of oral health teams, seek to know the problems they face and pointed to the ways to overcome them and the importance of forming a continuous education process, with appropriate training and worried with reality, with the quality of life and cultural values of people regarding their own health.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG C.; CESA K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.9 no.1 Rio de Janeiro 2004

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência e Saúde Coletiva** vol.11 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006.

ARAÚJO, S. S. C. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface** (Botucatu) vol.10 no.19. Botucatu Jan/Jun 2006.

BRASIL/MS. **Portaria GM/MS nº 267** de 06/03/2001. Brasília, Ministério da Saúde: 2001.

BRASIL/MS. **Portaria GM/MS nº 648** de 28/03/2006. Brasília, Ministério da Saúde: 2006.

BRASIL/MS. **Portaria GM/MS nº 1444** de 28/12/2000. Brasília, Ministério da Saúde: 2000.

BRASIL/MS. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20/08/07. Brasília, Ministério da Saúde: 2007

BRASIL/MS/SAS/DAB/COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, Ministério da Saúde: 2004. 13p.

BRASIL/MS/SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde: 1998. 36p.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência e Saúde Coletiva** vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008.

FERNANDES DE HOLANDA, A. L.; BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva** vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009.

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**, vol.20 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2004.

NICKEL, D. A.; LIMA F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.24 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2008.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.11 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2006

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.42 n.3 São Paulo jun. 2008 Epub 25-Abr-2008.

SILVA, M. C. B. et al. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.12 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2007.

SOUZA T. M. S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.23 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2007.