

**DANILO TAMEIRÃO LISBOA**

**DESAFIOS REAIS DO COTIDIANO DE  
UMA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA  
BUSCA PELA MUDANÇA DO MODELO  
ASSISTENCIAL**

**DANILO TAMEIRÃO LISBOA**

**DESAFIOS REAIS DO COTIDIANO DE UMA  
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA BUSCA PELA  
MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Curso de  
Especialização em Atenção  
Básica em Saúde da Família,  
Projeto Ágora, Universidade  
Federal de Minas Gerais, para  
obtenção do certificado de  
Especialista.

Orientadora: Prof.a Efigênia  
Ferreira e Ferreira

**TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS  
2010**

Este trabalho é dedicado à minha avó Geralda Pereira Tameirão  
que faleceu durante a realização do Curso de Especialização em  
atenção Básica em Saúde da Família.  
Ela foi uma grande incentivadora e exemplo de fé e dedicação.

Agradeço a Deus, a minha família: Mauro, Marlene, Débora, Lorena, meus familiares, meus colegas de curso e de profissão, as tutoras Karla, Cibele e Ana Carolina e a minha orientadora Prof.a Efigênia Ferreira e Ferreira.

## **RESUMO**

O trabalho contém uma discussão em torno da inserção e atuação do cirurgião-dentista na saúde pública, especificamente na atenção básica. Expõe-se o desafio diário das equipes de saúde bucal inseridas no Programa de Saúde da Família, onde os profissionais são desafiados a mudar um modelo de atenção à saúde tradicionalmente assistencialista e esbarram em diversas realidades que dificultam esta mudança. É relatada a experiência do autor em uma Equipe de Saúde da Família do município de Itambacuri – MG, onde se ilustra a realidade desta equipe muito peculiar.

Palavras chaves: processo de trabalho, equipe de saúde bucal, estratégia de saúde da família.

## **ABSTRACT**

The work contains a discussion of integration and performance of dentists in public health, specifically in primary care. It explains the daily challenge of oral health teams entered in the Program of Family Health, where professionals are challenged to change a model of health care and welfare traditionally run into different situations that impede change. It is reported the author's experience in a Team of Family Health of the city of Itambacuri - MG, which illustrates the reality of this team very peculiar.

Key words: work process, team oral health, family health strategy.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACD – Auxiliar de cirurgião-dentista  
ASB – Auxiliar de Saúde bucal  
ACS's – Agentes comunitários de saúde  
CD – Cirurgião-dentista  
DES-RE – Desmineralização - Remineralização  
ESB – Equipe de saúde bucal  
ESF – Estratégia de saúde da família  
MS – Ministério da saúde  
NOAS – Norma operacional básica da assistência à saúde  
NOB – Norma operacional básica  
PSF - Programa de saúde da família  
SAAE – Serviço autônomo de água e esgoto  
SUS – Sistema único de saúde  
THD – Técnico em higiene dental

## **LISTA DE FOTOGRAFIAS**

FOTO 1 – Sede da equipe *Vida é saúde* (Pág. 30)  
FOTO2 – Bairro Vila Formosa (Pág. 30)  
FOTO 3 - Creche Eva Freire – Bairro Coqueiros (pág. 30)  
FOTO 4 - Creche Edith Esteves Lages (Pág. 30)  
FOTO 5 - Grupo operativo (Pág. 30)  
FOTO 6 - Grupo operativo (Pág. 30)

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DA LITERATURA	9
3	OBJETIVO	13
4	JUSTIFICATIVA	14
5	METODOLOGIA	15
6	RESULTADOS	16
7	DISCUSSÃO	19
8	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
9	CONCLUSÃO	28
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
	ANEXOS	30

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo destaca Palmier et al (2009), historicamente, a atenção à saúde bucal dos adultos no sistema público, se restringiu basicamente às exodontias e aos atendimentos de urgência, geralmente mutiladores. O primeiro levantamento epidemiológico nacional realizado em 1986 foi importante ao mostrar, além dos dados, a diferença entre renda e saúde bucal. A população com renda superior a 5 salários mínimos apresentava melhores condições de saúde bucal. O levantamento epidemiológico realizado em 1996, apesar de ter examinado somente crianças, mostrou declínio da cárie dentária e confirmou a diferença da distribuição da doença nas regiões brasileiras, As regiões Norte e Nordeste, consideradas mais pobres, exibiram com mais clareza o fenômeno da polarização da doença, no qual 20% dos indivíduos apresentam 80% das lesões de cárie.

Os autores apontaram como fatores que provavelmente podem ter influenciado o declínio do índice de cárie, sobretudo em crianças, os programas preventivos na rede pública, com a utilização de substâncias fluoradas, maior acesso aos serviços de saúde, emprego de pastas/dentifrícios com flúor pela população e novos critérios no diagnóstico da cárie dentária.

A partir da pesquisa de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde – PNAD/1998, dos dados divulgados pelo IBGE/2000 e da reorganização da atenção básica com a implantação as estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde por meio da Portaria N.º 1.444 (Brasil, 2000), incentiva a inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal.



Após a implantação das equipes de saúde bucal, definiu-se: Modalidade I – um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário e Modalidade II – um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental.

A inserção de profissionais de odontologia em serviços de Atenção Básica é um fenômeno recente e original. Este fenômeno originou uma nova tendência profissional, pela existência de um novo caminho de oferta e atração de empregos na esfera pública e pela demanda por profissionais qualificados, com uma formação social típica originada por este novo contexto. Mas trata-se, também, de um fenômeno original, pois o mesmo determina e condiciona mudanças no *modus operandi*, na agregação de poder (político, técnico, administrativo) e na obtenção de autonomia, o que implica novos conceitos, tendências e ideologias para esses modos de atuação profissional e práticas de trabalho, da parte dos profissionais envolvidos (Chaves, 2008).

No decorrer do Curso de Especialização em Saúde da Família discutiu-se muito, principalmente entre os profissionais odontólogos, a respeito dos grandes desafios que um cirurgião-dentista inserido em uma equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família enfrenta no seu dia-a-dia, levando-se em conta a grande demanda espontânea, a cobrança por produção pelos gestores e a falta de protocolos, normas e cronogramas que norteiem o trabalho de promoção e prevenção em saúde, frente a o que se preconiza as diretrizes da ESF.

O intuito deste trabalho é promover uma discussão construtiva e realista sobre os motivos que dificultam ou impedem as equipes de saúde bucal de cumprirem as atribuições preconizadas pelo regimento da ESF, questionando-se a existência de um consenso entre o que se preconiza e o que é praticado dentro da maioria das equipes de saúde bucal, ilustrado pela descrição da equipe *Vida é Saúde*.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Qualquer profissional deve conhecer bem os elementos do processo de trabalho para realizá-lo satisfatoriamente. Segundo Faria (2008), estes elementos são: O agente, que é quem executa as ações; os meios, que são as ferramentas, estruturas físicas, conhecimentos e técnicas utilizadas pelos agentes para executar as ações; os objetos, que são quem sofre as ações dos agentes; os produtos, que são o resultado alcançado pelo processo, que é embasado pelos objetivos ou finalidades.

Porém, no processo de trabalho em saúde, há algumas especificidades: O agente neste caso, além dos membros da equipe, pode ser a própria comunidade, pois bem orientada ela pode exercer a ação transformadora sobre ela mesma. Os membros da equipe, além de agentes podem tornar-se objetos, pois podem sofrer a ação transformadora na medida em que este processo o faz repensar constantemente e dinamicamente na promoção de saúde dos usuários e quando suas ações passam a se refletir e transformar seu próprio cotidiano. O produto não é algo palpável como um sapato ou uma caneta e sim a qualidade de vida dos indivíduos atendidos.

É uma tarefa complexa, então se deve estar sempre atento a como este produto está sendo processado, e se o modo de proceder está baseado somente em parâmetros pré-estabelecidos, agindo assim porque “foi sempre desse jeito”, resultando na inércia, automatização e imediatismo, ou embasado na proposta de um modo dinâmico de levar a promoção de saúde para aquela comunidade.

Este trabalho se torna mais desafiador ainda pelo fato dele ser realizado em grupo, em equipe, pois cada indivíduo tem seus próprios valores, sua própria forma de viver a vida e enxergar o mundo. Portanto o profissional deve sempre primar pelo diálogo, ponderação e pelo espírito de coletividade.

Na atenção básica, o paciente deve ser encarado holisticamente, como um ser que pensa, sente e está inserido num contexto social que

o influencia em todos os aspectos e irá lhe expor aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Todas as ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal são subordinadas às diretrizes operacionais da Estratégia de Saúde da Família, que segundo Faria (2008), são:

- **Caráter substitutivo**

Trata-se de ações que buscam a modificação do modelo de atenção, onde a atenção básica é a porta de entrada de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, substituindo um sistema antigo, ultrapassado e ineficaz.

- **Adscrição de clientela**

Significa a definição da população sob a responsabilidade de uma Equipe de Saúde da Família.

- **Visitas domiciliares**

São ações muito importantes, aonde os ACS's vão até as residências dos usuários frequentemente para acompanhar de perto o dia-a-dia das famílias, fazendo o cadastramento, observando o consumo de medicamentos, orientando, trazendo para a equipe todas as informações pertinentes à saúde geral das famílias e se necessário solicitando a visita de outros profissionais.

A visita domiciliar é uma ação importante no sentido de promover a reorientação do modelo de atenção na medida em que inverte a lógica dos serviços de saúde que, até então, apresentavam uma postura passiva, ao esperar que os usuários procurassem de maneira voluntária, as unidades de saúde, criando assim um vínculo de confiança entre a equipe e os usuários.

- **Cadastramento**

É feito durante as visitas usando o documento denominado “ficha A”. Essa ficha possibilita a coleta de dados fundamentais ao planejamento das ações da ESF. Os dados coletados alimentam um sistema de informação que identifica, em todo o território de abrangência da Equipe, cada família, seu endereço e suas principais características.

- Trabalho em equipe

È uma forma de consolidar a proposta da mudança do modelo assistencial, pois no modelo tradicional praticavam-se quase que exclusivamente consultas individuais e divididas por áreas de atuação (odontologia, medicina, enfermagem).

No trabalho em equipe, todos os profissionais passam a ter responsabilidade sobre os problemas trazidos pelos usuários. Assim, todos participam do planejamento das ações, do diagnóstico e da resolução do caso, através da troca de informações e conhecimentos interdisciplinares.

- Composição das Equipes

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a chamada “equipe mínima” é composta por um médico da família ou generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Posteriormente, o MS formalizou e regulamentou a criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB).

- Atribuições das ESF

Conhecer a realidade do dia-a-dia das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase nas características sociais, demográficas e epidemiológicas;

Identificar as situações de risco às quais a população está exposta;

Identificar os problemas de saúde mais prevalentes;

Elaborar, junto com a população, um plano de atuação para enfrentar os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença;

Promover assistência, de forma contínua e humanizada, à demanda espontânea e aos grupos operativos;

Manter o fluxo de referência e contra-referência;

Desenvolver meios que introduzam do auto cuidado junto aos usuários;

Promover ações inter-setoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

É fundamental que a Equipe esteja atenta aos problemas internos e externos, e que esteja disponível para discuti-los e enfrentá-los.

Outra questão importante refere-se à necessidade de adoção de um processo de educação permanente, com vistas às atualizações, reorientações, adoção de novos protocolos e revisão do processo de trabalho.

### **3 OBJETIVO**

Refletir sobre as atividades da Equipe de Saúde Bucal inserida na Estratégia Saúde da Família e sua capacidade de solucionar os problemas de saúde bucal da população.

#### **4 JUSTIFICATIVA**

Observa-se um grande incômodo e uma frustração dos odontólogos causados pela disparidade entre o que se preconiza e o que é praticado pela maioria das equipes de saúde bucal e pela falta de normatização e de resultados concretos das ações de prevenção e promoção de saúde.

## **5 METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão de literatura sobre o assunto e uma análise da realidade da equipe de saúde bucal da ESF *Vida é Saúde* do município de Itambacuri/MG.

A revisão de literatura se baseou em grande parte no material disponibilizado e utilizado em discussões durante o curso.

As informações sobre os pacientes, área adscrita, moradores desta área e a produção da equipe foram originadas do SIAB (Sistema de Informação da Atenção básica), da Secretaria de Saúde de Itambacuri, das Fichas “A”, de prontuários e do diagnóstico situacional feito durante o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.



## 6 RESULTADOS

Itambacuri é um município de 23.424 habitantes, sendo que mais de 8.000 moram na zona rural, tem uma área de 1.423,1 km<sup>2</sup>. Foi fundada em 13 de Abril de 1873 por missionários, situa-se entre os vales do Rio Doce e Mucuri, a 445 quilômetros de Belo Horizonte.

A ESF *Vida é Saúde* faz cobertura de 04 bairros: Volta da Lagoa, Vila Formosa, Perdizes e Coqueiros. A sede é própria, fica localizada no bairro Perdizes e a equipe é responsável por 3.300 habitantes. É uma comunidade muito carente onde todos precisam da unidade.

Esta equipe funciona de segunda à sexta feira, de 7:00 às 17:00 e promove consultas agendadas e de demanda espontânea, visitas domiciliares, reuniões com grupos de hipertensos e diabéticos e diversos procedimentos.

A sede conta com recepção, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, farmácia, sala de vacinas e nebulização, sala de curativos, varanda, cozinha, área para reuniões e despensa.

Quase todos os funcionários da equipe são contratados, inclusive o médico, a enfermeira e o dentista.

A ESB enfrenta um sério problema que é o alto índice da doença cárie entre as crianças e adolescentes na idade escolar, ou seja, de 0 a 14 anos. Acredita-se que é um problema que deve ser enfrentado através de atividades educativas dentro da lógica da Educação Permanente tanto para os usuários quanto com os profissionais envolvidos. Outros problemas prevalentes são problemas periodontais em adultos e idosos e o câncer bucal.

A ESB promove ações curativas e preventivas com restaurações, tratamentos periodontais, profilaxias, aplicações tópica de flúor e extrações, atendendo por demanda espontânea, considerada muito

grande. Promove também ações educativas e preventivas com visitas nas duas creches da comunidade, onde se realizam palestras, escovação supervisionada e aplicação de flúor.

A equipe tenta dialogar ao máximo com os pacientes no sentido de conscientizá-los das limitações no atendimento e da prioridade que devemos dar para alguns casos que chegam até o consultório.

Uma parcela da comunidade compreendeu que a população a qual a equipe abrange é muito grande (3.300 pessoas) e a equipe de saúde bucal deve prezar pela qualidade dos procedimentos. Isto demanda certo tempo, sendo impossível atender um grande número de pacientes diariamente.

Tentou-se implantar um esquema de agendamento de pacientes pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), apesar da resistência de uma parte da população e até mesmo dos agentes. Este esquema funcionou bem por certo tempo, pois os pacientes que mais precisavam de cuidados odontológicos eram encaminhados ao consultório. Os agentes conhecem as necessidades da população e todas as subáreas eram atendidas igualmente, sem prejudicar nenhuma delas. Porém, devido a pouca compreensão de alguns pacientes e à cultura de que “é preciso chegar bem cedo para pegar ficha”, à pedido da enfermeira, o atendimento voltou a ser por demanda espontânea.

A tentativa de implantação do sistema de agendamento eliminou a necessidade da pré-consulta realizada pela ACD.

O paciente chegava ao consultório com o prontuário preenchido, assim a ACD podia se dedicar mais aos procedimentos realizados pelo dentista.

Foi pedido à secretaria de saúde a instalação de mais uma pia (o consultório tem apenas um), a aquisição de mais um ventilador (a sala é muito quente), equipamentos odontológicos, mais instrumentais para que se aumente a eficiência e melhore um pouco as condições de biossegurança, e um arquivo..

Apesar da pia não ter sido instalada ainda, o consultório agora conta com mais um arquivo, amalgamador automático, aparelho de profilaxia, mais instrumentais, saboneteira e porta papéis.

Percebe-se que a equipe de saúde bucal da Equipe Vida é Saúde esbarra em fatores desfavoráveis como: Grande extensão e número de habitantes cobertos na área adscrita, gerando uma grande demanda espontânea, cobrança por produção por parte da secretaria de saúde, precárias condições de trabalho e falta de estabilidade profissional (os contratos vencem todos os anos).

## 7 DISCUSSÃO

Durante um estudo sobre os discursos emitidos por cirurgiões-dentistas que atuavam em Programas de Saúde da Família de quatro municípios-satélites da área metropolitana de Fortaleza, Chaves (2008), constatou que os principais motivos de insatisfação com o exercício profissional no PSF referiram-se às suas condições estruturais e organizativas, consideradas insuficientes ou inadequadas pela maior parte dos entrevistados neste estudo.

Outro tema recorrente neste estudo era a dificuldade de integração no trabalho em equipes do PSF.

Todos os entrevistados neste estudo relataram que tal processo de trabalho era pouco integrado, restringindo-se, na maior parte das vezes, ao encaminhamento de casos clínicos entre os membros da equipe. Alguns reiteraram que tal dificuldade de integração deveu-se a uma “tradição” de insulamento profissional dos cirurgiões-dentistas e de suas práticas de trabalho em consultório. Para outros, a imagem dos cirurgiões-dentistas seria mais “estigmatizada”, estando ligada às práticas curativas, como extrações e restaurações, o que contribuiria para este “isolamento” dos cirurgiões-dentistas em relação aos outros profissionais do PSF.

De acordo com alguns entendimentos da parte dos entrevistados, tais condições de trabalho dificultariam o envolvimento dos cirurgiões-dentistas com iniciativas ou projetos de médio ou longo prazo, uma vez que persistiam as sensações de insegurança, instabilidade e falta de autonomia profissional. A recomendação mais comum: realização de concurso público para a contratação de profissionais no PSF.

Por fim, foi revelada a sensação de frustração diante das expectativas iniciais, quando se tinha em mente colocar em prática as idealizações das normas do PSF e as novas possibilidades de trabalho e exercício profissional na rede pública.

Ressaltou-se também neste estudo a sobrecarga de trabalho, ausência de suporte tecnológico adequado, baixa remuneração, competitividade e constrangimentos da falta de autonomia profissional.

Como expõe a pesquisa de Chaves (2008), são muitos os fatores que limitam a capacidade dos odontólogos de inovar suas práticas de trabalho diante da mudança do modelo assistencial, determinando a predominância do modelo tradicional.

Durante as atividades e discussões nos fóruns do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, percebeu-se que os cirurgiões-dentistas envolvidos apresentaram relatos, queixas e insatisfações muito parecidos com os dos profissionais entrevistados na pesquisa de Chaves (2008).

Atualmente observa-se no dia-a-dia do processo dos serviços de saúde da atenção básica uma falta de clareza dos objetivos a serem alcançados, pouca autonomia das equipes, gerando uma baixa eficiência na promoção da qualidade de vida.

As atribuições específicas do cirurgião-dentista na ESF são:

- Realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adscrita;
- Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 96 - e na Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS);
- Realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- Encaminhar e orientar os usuários que apresentam problemas complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;

- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar as ações de assistência integral, aliado a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupo específicos, de acordo com planejamento local;
- Coordenar ações coletivas voltadas para promoção e prevenção em saúde bucal;
- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.

Em várias ocasiões durante o curso de especialização, os profissionais relatam que iniciam um trabalho em uma equipe de saúde bucal ciente de suas atribuições e disposto a se comprometer com a mudança do modelo assistencial. Porém muitas vezes esta equipe já tem um “esquema armado” baseado na praticidade, no imediatismo e na preocupação de satisfazer uma demanda reprimida. Então o profissional se adere a este “esquema” muitas vezes bem intencionado, pois realmente a demanda é grande e há muitas pessoas precisando imediatamente de cuidados. Porém este profissional com o tempo fica muito entretido com a demanda espontânea e se esquece que ele é um grande responsável por transformar a realidade daquela população, transformando a maneira dos colegas de equipe conduzir o trabalho.

Um profissional da ESB pode ocupar todo o seu tempo de trabalho, extraíndo elementos dentários, causadores de dor. De fato isto é importante para o paciente naquele momento, porém o mais importante é ele prevenir doenças bucais principalmente em crianças para que no futuro elas não necessitem do tratamento mutilador.

Em termos gerais a equipe de saúde bucal do bairro Coqueiros em Itambacuri está aproveitando bem a maioria dos recursos

disponíveis, mas alguns deles não são aproveitados adequadamente, como o tempo disponível, que acaba sendo uma dificuldade principalmente quando se trata de promover ações de promoção de saúde, pois é grande a demanda espontânea pelo atendimento no consultório. Apesar disso, são utilizadas as instalações do PSF para a realização de palestras e vários kits com escovas e cremes dentais.

O grau de satisfação da equipe de saúde bucal do PSF *Vida é Saúde* é bom, pois apesar de se trabalhar em condições não muito adequadas, dos profissionais trabalharem de forma isolada, de alguns pacientes não estarem totalmente satisfeitos e de se frustrar em algumas tentativas de melhora, se consegue contribuir com a melhora do estado de saúde da população, satisfazer as expectativas da maioria dos pacientes.

Porém sabe-se que a equipe trabalha em desacordo com as diretrizes da ESF e o dentista não cumpre todas as suas atribuições.

A realidade da equipe impõe dificuldades para a prática destas diretrizes e normas em sua íntegra.

## **8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Neste Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família empenhou-se para levantar e sistematizar os dados sobre a situação de saúde geral e bucal dos moradores da comunidade onde se atua através de levantamentos, anotações e análise das doenças mais prevalentes. Fazendo um diagnóstico situacional, adquire-se embasamento para se fazer uma análise crítica sobre a eficácia das ações que vem sendo desenvolvidas.

Teve-se a oportunidade também de se questionar a interação entre a equipe de saúde bucal e os demais profissionais da equipe, aproveitamento dos recursos disponíveis e as ações que poderíamos estar lançando mão no dia-a-dia das atividades do PSF.

Depois de se conhecer a situação de saúde bucal da comunidade, teve-se condições de traçar um planejamento para enfrentar os problemas identificados.

Uma atividade que se desenvolveria seriam reuniões semanais com a enfermeira e todos os agentes de saúde. Estas reuniões teriam como objetivo envolver a equipe no entendimento deste problema e em propostas para a resolução do mesmo através da interdisciplinaridade e coletividade. Na pauta destas reuniões teriam questionamentos sobre o que a equipe entende a respeito dos vários aspectos desta doença, com explanações sobre causas, identificação e conseqüências da cárie, para que os membros da equipe possam se tornar atores efetivos e parceiros da equipe de saúde bucal no enfrentamento do problema, através de planejamentos das ações e estratégias pedagógicas, também discutidas nestas reuniões. Também entrariam na pauta, reflexões e compartilhamento sobre desafios e dificuldades que cada um teria, assim como o monitoramento das ações, sempre questionando os resultados que já forem alcançados e o que falta para se aumentar a eficiência e efetividade.

Outra atividade que desenvolveria seria uma série de palestras em creches, escolas e visitas domiciliares para o público alvo deste



problema. A abordagem das crianças nestas atividades seria da forma mais humana possível, respeitando o meio sócio-econômico, falando “a mesma língua”, criando vínculos, entendendo o que elas já sabem sobre o problema e respeitando o modo de se cuidar e a autonomia das mesmas dentro do contexto de suas famílias.

Para isso ter-se-ia que abrir mão do atendimento da demanda espontânea, o que é um desafio.

Os resultados esperados são o maior envolvimento e do problema por parte da equipe, criando um maior comprometimento e entendimento da responsabilidade de cada um no enfrentamento do problema. Outro resultado seria uma melhor aceitação das crianças às ações de promoção de saúde. Com isso se teria uma melhor eficiência na solução deste problema.

Dentro desta proposta, criou-se um planejamento esquematizado para que a ESB enfrente os problemas bucais mais prevalentes envolvendo vários membros da equipe:

## **CÁRIE DENTÁRIA**

### **Planejamento**

\* Atividade educativa explanando sobre causas, biofilme, bactérias (*Streptococcus mutans*), dieta cariogênica, processo DES-RE, importância do fluxo salivar, PH da cavidade bucal, lesão cariosa, consequências dessa lesão e prevenção contra a doença.

\* Tornar os ACS s e os usuários multiplicadores das informações. por meio de maior aporte de informação e motivação para alcançar a melhoria de saúde bucal da população.,

\* Articulação com o serviço de água e esgoto (SAAE) para questionar a fluoretação da água, procurando conhecer o sistema e o tipo de controle da água que é realizado.

## **Resultados/produtos esperados**

População consciente dos mecanismos da doença e com estímulo e embasamento para preveni-la.

## **Recursos necessários**

Sala ou local de reuniões, computador, data-show, panfletos educativos, macro-modelos odontológicos e painéis.

## **Responsáveis**

CD, ASB, ACS s e enfermeira.

## **DOENÇA PERIODONTAL**

### **Planejamento**

\* Atividade educativa, explanando sobre biofilme, tártaro, gengivite, periodontite, relação com a idade, higiene bucal e técnicas de escovação.

\* Tornar os ACS s e os usuários multiplicadores das informações por meio de maior aporte de informação e motivação para alcançar a melhoria de saúde bucal da população.

## **Resultados/produtos esperados**

População consciente dos mecanismos da doença e com estímulo e embasamento para preveni-la.

## **Recursos necessários**

Sala ou local de reuniões, computador, data-show, panfletos educativos, macro-modelos odontológicos e painéis.

## **Responsáveis**

CD, ASB, ACS s.

## **CÂNCER BUCAL**

### **Planejamento**

\* Atividade educativa , explanando sobre o tabagismo, alcoolismo, progressão, fatores genéticos, grupos de risco, exposição excessiva ao sol e prevenção.

\* Tornar os ACS s e os usuários multiplicadores das informações. por meio de maior aporte de informação e motivação para alcançar a melhoria de saúde bucal da população.

### **Resultados/produtos esperados**

População consciente dos mecanismos da doença e com estímulo e embasamento para preveni-la.

### **Recursos necessários**

Sala ou local de reuniões, computador, data-show, panfletos educativos e painéis.

## **Responsáveis**

CD, ACD, ACS s, enfermeira e médico.

## **Estratégias educativas**

Estas ações educativas devem partir do conhecimento sobre saúde bucal que a população já possui. O objetivo dessas ações é tornar o indivíduo empoderado, ou seja ele deve conhecer as causas dos problemas e saber ter atitude para se cuidar e ser co-responsável pela própria saúde

## 9 CONCLUSÃO

Na transformação da atuação na atenção básica, o profissional deve ter sempre o compromisso de contribuir com a mudança do modelo assistencial, atribuindo à equipe, a responsabilidade de gradativamente diminuir o tempo destinado à demanda espontânea e aumentar o envolvimento destinado às ações preventivas. Tendo este tempo como ferramenta a seu favor, o profissional adquire a eficiência, que aliada à eficácia nas ações, consegue-se a efetividade na melhoria da qualidade de vida da população.

Esta mudança é gradativa e demorada, pois é difícil quebrar paradigmas e propor mudanças dentro de um processo holístico e complexo, mas as mudanças devem ser propostas no cotidiano para que sejam duradouras.

O PSF foi se tornando um ideal generoso, sendo uma alternativa também desafiadora para os cirurgiões-dentistas.

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHAVES, M.C. e MIRANDA, A.S. **Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2008.

CORRÊA, E. J., VASCONCELOS, M. e SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** Belo Horizonte: Editora UFMG 2008.

FARIA H. et al. **Processo de trabalho em saúde.** Belo horizonte: Editora UFMG 2008.

PALMIER, A.C., FERREIRA, E.F., MATOS, F. e VASCONCELOS, M. **Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde. Saúde do Adulto.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed 2009.

### **Atribuições específicas do cirurgião-dentista no PSF**

Disponível em [www.colgate.com.br](http://www.colgate.com.br). Acesso em 04 de junho de 2009

PORTARIA Nº 1.444, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2000, ano CXXXVIII Nº 250-E Brasília - DF, 29/12/00

Disponível em

[www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo\\_amplo/portaria1444.htm](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/portaria1444.htm). Acesso em 18 de agosto de 2009.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasília 2004

Disponível em

[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf). Acesso em 20 de março de 2009

**Cadernos de Atenção Básica- nº17 – Ministério da Saúde – Saúde Bucal** Disponível em

[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad17.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf). Acesso em 20 de março de 2009.

**ANEXO – Fotos da equipe *Vida é Saúde***



FOTO 1



FOTO 2



FOTO 3



FOTO 4



FOTO 5



FOTO 6