

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: A
PROMOÇÃO E A PREVENÇÃO DA CÁRIE DENTÁRIA

Millena dos Santos Moura

Lagoa Santa/Minas Gerais

2012

Millena dos Santos Moura

**A SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: A
PROMOÇÃO E A PREVENÇÃO DA CÁRIE DENTÁRIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo

Lagoa Santa/Minas Gerais

2012

Millena dos Santos Moura

**A SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: A
PROMOÇÃO E A PREVENÇÃO DA CÁRIE DENTÁRIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Ms. Thaís Lacerda e Silva

Aprovado em Belo Horizonte 03/03/2012

Aos meus queridos pais, Fernando e Rita, e ao meu amado Gabriel.

Agradeço aos meus queridos pais, meus alicerces, pelo amor incondicional e por me proporcionarem, sempre, tudo que está aos seus alcances para que eu tenha sucesso!

Ao meu amado Gabriel, meu parceiro e amigo, por me fazer muito feliz e estar sempre ao meu lado me completando em todos os passos da minha vida!

À minha querida tutora Ana Carolina, uma amiga, pelo carinho, incentivo, apoio e pela confiança depositada em mim sempre, durante estes dois anos de caminhada.

À minha querida orientadora Maria Rizioneide, que mesmo à distância se mostrou muito próxima. Sua competência dispensa comentários. Sua humildade, dedicação e o respeito pelo seu orientando são admiráveis e, sem dúvida, tornou a realização deste trabalho muito mais prazerosa para mim.

O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que elas acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

Fernando Pessoa

RESUMO

Por muitas décadas, predominou no serviço odontológico o modelo curativista e a inacessibilidade de grande parte da população ao serviço, o que culminou numa alta prevalência de cárie na população adulta. Desta forma, no final da década de 80 e início da década de 90, com o advento da teoria da Promoção de Saúde, começou a haver a melhor compreensão acerca do processo de adoecimento do indivíduo e/ou comunidade. Com a implantação das equipes de saúde da família com a finalidade de reorientação do modelo de saúde vigente, houve melhoria do acesso ao serviço de saúde e a oportunidade de se trabalhar na ótica da promoção de saúde junto à população. A saúde bucal em 2001 passou a fazer parte da equipe de saúde da família para atuar no mesmo território. Este trabalho teve como objetivos: contextualizar o serviço odontológico nos diversos momentos da política de Saúde Bucal no Brasil, descrever as atividades de promoção da saúde bucal realizadas pelas equipes de saúde da família e destacar o papel da Estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento das práticas de promoção de saúde. Foi realizada uma revisão bibliográfica em periódicos cadastrados na BVS e em manuais do Ministério da Saúde relacionados com o tema deste estudo. A revisão nos mostrou que houve um avanço na saúde bucal com a sua incorporação na equipe de saúde da família, principalmente, no desenvolvimento de ações de promoção à saúde. Apesar dos avanços na prevenção da cárie, conclui-se que são ainda incipientes as atividades de promoção de saúde bucal para a população total sendo a tendência é continuar atuando com os escolares.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Saúde Bucal, Promoção de Saúde, Cárie Dentária.

ABSTRACT

For many decades, the dental service prevailed in the curative model and the inaccessibility of much of the population in the service, which culminated in a high prevalence of dental caries in the adult population. Thus, in the late 80's and early 90's, with the advent of the theory of Health Promotion, began to have a better understanding about the disease process of the individual and / or community. With the implementation of family health teams in order to reorient the current public health policy, there was improved access to health services and the opportunity to work from the perspective of health promotion among the population. Oral health in 2001 became part of the family health team to act in the same territory. This study aimed to: contextualize the dental service in the various moments of oral health policy in Brazil, describe the activities of oral health promotion carried out by family health teams and highlight the role of the Family Health Strategy in conditioning practices of health promotion. Was performed a literature review in journals registered in the BVS and manuals of the Ministry of Health on the subject of this study. The review showed us that there was a breakthrough in oral health with its incorporation into the family health team, especially in the use of actions to promote health. Despite advances in caries prevention, the review concluded that the activities of health promotion for the total population are incipient and the trend is still to work with the school children.

Keywords: Family Health Strategy, Oral Health, Health Promotion, Dental Caries.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBILOGRÁFICA	15
5.1 A saúde bucal no contexto de políticas públicas: um breve histórico	15
5.2 A estratégia de saúde da família e a saúde bucal no contexto da Promoção de saúde	17
5.3. As práticas das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família: Realidade e teoria	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

A cárie é uma doença infecciosa que pode acarretar dor e perda dos elementos dentários, o que traz prejuízos funcionais, estéticos e sociais aos indivíduos. Por muitas décadas, predominou no serviço público odontológico o modelo curativista, mutilador e a inacessibilidade de grande parte da população ao serviço. A população adulta, nos dias de hoje, possui alta prevalência de cárie e ausência de elementos dentários. Essas características também estão presentes na população adulta adscrita à Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Ana Gonzaga, no município do Rio de Janeiro, refletindo em uma grande demanda de usuários com dor dentária para a equipe de saúde bucal da unidade.

O problema priorizado é a alta prevalência de cárie que acomete a população adulta adscrita ao PSF Ana Gonzaga, município do Rio de Janeiro.

O interesse por este objeto começou por meio da minha atuação como dentista de uma equipe de saúde bucal vinculada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município do Rio de Janeiro, em 2006.

A minha inserção na atenção básica, mais especificamente na equipe de saúde bucal, se deu em 2006, no município do Rio de Janeiro. Desde então, a minha visão, antes focada nas técnicas restauradoras e cirúrgicas, foi dando espaço a uma proposta mais ampla, integral e desafiadora que procura, antes de tudo, compreender o indivíduo, seu estilo de vida e respeitar o que esse considera importante para si, fortalecendo o vínculo, a parceria e a credibilidade para com a equipe.

A minha atuação na equipe de saúde bucal facilitou a comunicação com a comunidade, o que abriu espaço para o trabalho focado na promoção de saúde e a sensibilização da população, sem desconsiderar ou subestimar as suas necessidades imediatas de tratamento da dor e reabilitação da função oral.

Em 2010 participei do processo seletivo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e fui selecionada. Ao realizar o módulo sobre planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2008), desenvolvemos o diagnóstico situacional de saúde da população

adscrita, identificando assim, muitos problemas de saúde, entre os quais, se destacou a cárie dentária. Tive oportunidade de realizar os módulos de saúde bucal e naquele momento selecionei dentre os problemas que havia identificado anteriormente aquele que seria o objeto deste trabalho.

A cárie é um problema da saúde oral que afeta um grande contingente de brasileiros (BRASIL, 2010). Considerando que o modelo assistencial curativista é ainda predominante na atenção à saúde bucal, observa-se que a população adulta pouco recebe ações de prevenção, aliado ao fato de procurar o serviço quando tem um problema instalado. A dor de dente é a principal causa de procura do usuário adulto para a atenção pela equipe de saúde bucal na UBS.

Com base no exposto, este estudo tem como finalidade discorrer sobre a importância das ações de promoção da saúde bucal como estratégia para diminuir a ocorrência de cárie dentária, utilizando trabalhos publicados na literatura técnico científica nacional sobre o tema.

2 JUSTIFICATIVA

Com o advento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) amplia-se o acesso ao serviço odontológico e a oportunidade de se trabalhar na ótica da promoção de saúde junto à população, sensibilizando-a para a prevenção da cárie e para a corresponsabilidade com relação a saúde bucal dos usuários.

Por muitas décadas predominou nos serviços odontológicos o modelo curativista, mutilador e a inacessibilidade de grande parte da população ao serviço (PALMIER et al., 2008). Observa-se, desta forma, uma população adulta com alta prevalência de cárie dentária, acarretando uma grande demanda de pacientes com dor e infecções dentárias graves.

Segundo o Projeto SB Brasil 2003, de acordo com a análise dos índices CPO-D e CEO-d (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados e dentes decíduos cariados, extraídos e obturados, respectivamente) da população brasileira em 2003, constatou que, quase 27% das crianças na faixa etária entre 18 e 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo cariado e, quase 70% das crianças de 12 anos e 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentaram pelo menos um dente permanente cariado (BRASIL, 2004a).

Em 2010, o Ministério da Saúde realizou um novo inquérito, comparando as condições de saúde bucal da população avaliadas no ano de 2010 com as avaliações da população em 2003, além da constatação do impacto do Programa Brasil Sorridente. Este programa, dentre vários aspectos, preconiza ações de promoção e educação em saúde, além da higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor (BRASIL, 2010).

Desta forma, os resultados apresentados pelo SB Brasil 2010 demonstraram queda de 26% do CPO das crianças aos 12 anos de idade, de 30% do CPO de adolescentes de 15 a 19 anos de idade e de 19% do CPO de adultos entre 35 a 44 anos de idade. Esta melhora percentual do CPO elevou o Brasil para o grupo de países, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com baixa prevalência de cárie (BRASIL, 2010).

Neste contexto, a ESF assume importância fundamental na melhoria do acesso ao serviço odontológico, na transformação de paradigma e na oportunidade de se trabalhar com mais ênfase na ótica da promoção de saúde junto à população, sensibilizando-a para a prevenção da cárie e almejando a melhoria dos indicadores de saúde bucal nas populações futuras.

O trabalho proposto tem relevância à medida que procura sensibilizar a equipe de saúde da família, gestores, pais e educadores para a importância da promoção de saúde dentro e fora do âmbito da unidade e com todas as faixas etárias na diminuição da prevalência de cárie, da dor e de problemas funcionais, estéticos e sociais relacionados à cárie dentária.

Neste contexto, espera-se a diminuição dos turnos de atendimento na cadeira, o aumento das ações de promoção de saúde dentro e fora da comunidade e com igual ênfase a todas as faixas etárias, bem como a diminuição da demanda espontânea relacionadas à dor para o serviço de Odontologia.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Destacar a importância da promoção da saúde no contexto da saúde da família para todos os grupos populacionais para a prevenção da cárie dentária.

3.2 Específicos

Contextualizar o serviço odontológico nos diversos momentos da política de Saúde Bucal no Brasil.

Descrever as atividades de promoção da saúde bucal realizadas pelas equipes de saúde da família.

Destacar o papel da Estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento das práticas de promoção de saúde

4 METODOLOGIA

Neste trabalho optou-se por fazer uma revisão bibliográfica sobre as ações de promoção da saúde bucal e da prevenção da cárie dentária realizadas pelas equipes de saúde bucal junto às equipes de saúde. Para tanto, buscou-se na literatura nacional as publicações já existentes sobre o tema. Definiu-se como critério de inclusão somente os artigos e teses de mestrado publicados em português e com acesso ao texto integral. A busca dos trabalhos científicos foi realizada livremente sem definição de tempo, no entanto foram selecionados os publicados mais recentemente.

Para o levantamento das publicações existentes nos bancos de dados, foram utilizados os seguintes descritores: **Saúde Bucal. Prevenção da Cárie. Promoção da Saúde Bucal.**

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Saúde Bucal no contexto de Políticas Públicas: um Breve Histórico

Por muitas décadas predominou no Brasil um modelo assistencialista odontológico focado na atenção ao indivíduo doente, sendo a atenção à saúde bucal dos adultos restrita às exodontias e aos atendimentos de urgência. (PALMIER *et al.* 2008) .

Neste contexto, segundo Garcia (2006, p.20) até a década de 90 “*o modelo odontológico colocado em pratica pelas instituições governamentais era emergencial, paliativo e cobria uma pequena parte da população de assistência brasileira*”.

A partir da década de 40, ocorreu a primeira tentativa pelo setor público de planejar as ações voltadas para a saúde bucal, por meio do modelo chamado Sistema Incremental. Este sistema visava dar assistência dental a um grupo específico, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas (PINTO, 1989).

Entretanto, sendo um modelo voltado para a assistência a um grupo específico, mais especificamente para a população de escolares, entende-se que esse sistema não obteve êxito uma vez que não assistia a população em geral, não modificando o panorama assistencialista restrito e excludente.

Guerra (2009, p.19), em seu trabalho, comenta que

Aos adultos restavam apenas as extrações, ou seja, tratamentos emergenciais com procedimentos cirúrgicos ou paliativos, sem comprometimento em referenciar para um tratamento especializado.

Aproximadamente 30 anos mais tarde, com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986, atenção maior começou a ser dada para a saúde bucal, enquanto política pública, com a oportunidade histórica de discutir a problemática de saúde bucal da população e para o aprimoramento da assistência odontológica (BRASIL, 1986). Este momento foi reforçado na década seguinte com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993), na qual as discussões permitiram a

aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a Saúde Bucal no país (BRASIL, 1993).

Todavia, segundo Guerra (2009, p.18)

[...] mesmo com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1993, reafirmando o direito de cidadania e um novo modelo para a saúde bucal, o que se via era uma odontologia com pouca resolutividade e a falta de incentivos na área.

Fica evidente, desta forma, que apesar das mudanças favoráveis que aos poucos se instauravam, ainda se observava, naquela época, uma odontologia não conservadora, excludente e sem uma estrutura que garantisse o acesso do usuário a todos os níveis de atenção de maneira universal e integral (GUERRA, 2009).

Assim, somente em 2000 com a edição da portaria GM/MS nº 1.444 pode-se dizer que a saúde bucal começou a se desenvolver, de fato, no âmbito das políticas públicas de saúde. Esta portaria estabeleceu os incentivos federais para o financiamento das ações de saúde bucal e a inserção de profissionais no Programa de Saúde da Família (PSF) o que pode ser considerado um passo importante no desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal (GARCIA, 2006).

Fato é que, mesmo com inserção da Saúde Bucal no PSF, ainda se observava um modelo assistencial odontológico curativista, mutilador e excludente para grande parte da população, em virtude da falta de investimento financeiro para a expansão de equipes odontológicas, por parte do Governo Federal, e ainda existia uma grande demanda reprimida para tratamento odontológico (GUERRA, 2009).

Somente com o início da Era Lula, em 2002, pode-se afirmar que, de fato, houve uma concretização de investimentos do governo federal para implantação de equipes de saúde bucal no PSF, através da Portaria Nº 673 de 2003 que permitiu que os municípios implantassem quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias não podendo, entretanto, exceder o número existente de equipes de saúde da família (GUERRA, 2009).

Desta forma, o processo de propostas oriundas das duas Conferências Nacionais de Saúde Bucal e da necessidade de mudança do modelo assistencialista odontológico vigente no contexto de políticas públicas de saúde culminou, em 2004, com a apresentação da Política Nacional de Saúde Bucal denominada Brasil Sorridente (BRASIL, 2004).

Fato curioso é válido ressaltar que, segundo a literatura, a Política Nacional de Saúde Bucal foi anunciada em março de 2004, enquanto que a 3ª Conferência de Saúde Bucal ocorreria, apenas, em julho do mesmo ano, proposta esta, que, segundo Guerra (2009, p. 25) percorreu *”um caminho inverso, pois primeiramente foi apresentada à sociedade, para depois ser apreciada pela Conferência, que teoricamente deveria propor suas diretrizes”*. Assim, pode-se dizer que a Conferência serviu de espaço para a divulgação da Política.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) por meio de suas diretrizes pressupõe, desta forma, a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e defende ter

[...] o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde **não centrada somente na assistência aos doentes**, (grifo nosso) mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco [...] (BRASIL, 2004c, p. 3).

É neste panorama que se procura traçar um paralelo entre as propostas levantadas pela Política Nacional de Saúde Bucal e o papel primordial e as oportunidades de transformação do modelo curativista que as Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família adquiriram neste processo.

5.2 A Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Bucal no contexto da promoção de saúde

São inúmeros os fatores que influenciam no processo saúde doença de uma determinada população. Neste contexto, pode-se dizer que o serviço público odontológico passou por diversas etapas de organização direcionadas por diferentes teorias explicativas que buscavam justificar o acometimento dos indivíduos pela cárie e outras doenças bucais.

Desta forma, no final da década de 80 e início da década de 90, com o advento da teoria da Promoção de Saúde, começou a haver a compreensão acerca do processo de adoecimento do indivíduo e/ou comunidade. Esta nova visão baseia-se não mais de forma exclusiva na importância dada a cura e prevenção de

doenças, mas sim, na compreensão de como o meio socioeconômico e cultural e o acesso aos serviços podem ser determinantes e agravantes do processo de adoecimento do indivíduo e/ou comunidade, em contraste com as demais visões que são essencialmente baseadas no modelo biomédico (PALMIER *et al.* 2008).

Segundo Carnut *et al.* (2011), existe uma íntima relação entre as doenças bucais e condições socioeconômicas desfavoráveis, sendo que a baixa escolaridade dos pais, em especial da mãe, e a baixa renda familiar podem ser consideradas as principais influências do processo de acometimento de cárie dentária.

Ainda neste contexto, para Cortellazzi (2006) o nível de escolaridade e grau de instrução materna estão diretamente relacionados à transmissão de informações adequadas ou não aos filhos sobre educação em saúde bucal e orientação da dieta, principalmente sobre consumo de açúcar, o que reflete no acometimento ou não de cárie dentária na dentição de seus filhos.

Almeida *et al.* (2009) relatam que o comportamento da cárie dentária, por exemplo, na população de pré-escolares tem relação com estilo de vida, condição sócio-econômica e demográfica e com o acesso aos serviços de saúde e que medidas são tomadas pelos serviços de saúde da atenção básica a fim de detectar as famílias mais vulneráveis e de maior risco para os problemas de saúde bucal.

Para tanto, é fato que a promoção de saúde não deve ser realizada de forma aleatória ou inespecífica pela equipe de saúde da família, mas sim, de forma sustentada na análise da situação do processo saúde-doença da sua comunidade e programada a fim de que as ações desenvolvidas sejam equânimes. Neste sentido, faz-se necessária a obtenção de informações tanto epidemiológicas como sociais da população adscrita, para o reconhecimento das carências da população, fazendo jus ao conceito ampliado de saúde. (CARNUT *et al.*, 2011).

Neste contexto de necessidade de reconhecimento da condição epidemiológica, social e econômica das famílias do território de abrangência da equipe de saúde e das ações de promoção de saúde realizadas junto às famílias é que se constata a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes de saúde da família são dotadas de ferramentas necessárias à transformação da realidade encontrada a partir do mapeamento das necessidades e do diagnóstico

situacional de sua área de atuação o que favorece o fortalecimento da prática de promoção de saúde no território.

A Estratégia de Saúde da Família, oficializada em 1994 com a publicação do documento *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa* (BRASIL, 2004b), é uma proposta de transformação do modelo assistencial curativista tradicional, que visa romper o comportamento passivo das unidades básicas de saúde tradicionais que esperam a população procurar atendimento. Desta forma, a ESF deve fazer a busca ativa de casos na comunidade, bem como priorizar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Além disso, a Estratégia de Saúde da Família é composta por uma equipe multidisciplinar, formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de agentes comunitários de saúde (moradores da própria comunidade em que atuam). Em 2000, foram inseridas equipes de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família, com um odontólogo, um técnico de higiene dental e um auxiliar de consultório dental (BRASIL, 2001).

O mapeamento da área, realizado pela equipe, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), as parcerias comunitárias e as visitas domiciliares facilitam o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade, a proximidade e o real entendimento a respeito das particularidades e fatores de riscos ambientais, sociais, culturais e econômicos a que cada família e/ou indivíduo estão expostos. O reconhecimento dessas particularidades, portanto, direciona o planejamento de ações mais eficazes e que respondam às reais necessidades da população.

Para Silveira Filho (2002, p. 39) *"falar em vínculo é muito mais que simplesmente conhecer os moradores de sua área. É saber identificá-los no seu contexto familiar, de trabalho, de comunidade"*. Para o autor, ainda, o vínculo ocorre por intermédio da relação de confiança entre comunidade e equipe que surge com o tempo de atuação na ESF.

Segundo Almeida; Ferreira (2008, p. 2138)

A visita domiciliar poderia ser mais utilizada, a fim de conhecer o ambiente de vida das famílias, hábitos e condições de moradia, servindo de instrumento auxiliar no planejamento das ações. Sabe-se que essa atividade é prioritária do agente de saúde, mas é

importante aproximação da realidade das pessoas na prática e não só por intermédio de outros profissionais.

Estes autores afirmam, entretanto, que ainda existem situações no serviço público em que as práticas são executadas de forma descontextualizada da real necessidade do usuário, havendo uma reprodução dos métodos do modelo assistencialista tradicional e individualista, apesar do advento da Estratégia de Saúde da Família (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

É válido ressaltar, neste contexto a importância de se trabalhar com OS dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) para o planejamento das ações de promoção de saúde. O SIAB é um sistema de informação da produção das equipes de saúde da família e também contempla as condições de vida da população. Desta forma, a ficha A do SIAB, se devidamente atualizada pelos ACS proporciona informações a respeito de questões sociais e econômicas das famílias como: tipo de moradia, condições de saneamento básico, ocupação, escolaridade e renda familiar, o que permite a classificação de risco das famílias para os agravos de saúde.

Nesta mesma perspectiva, entende-se a importância da inserção de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, inserindo também os profissionais de odontologia em uma nova proposta de atuação, diferente daquela que se caracterizava como um modelo biomédico, centrado na assistência de indivíduos doentes e nas ações realizadas individualmente pelo cirurgião dentista dentro do consultório.

Segundo Garcia (2006), até a década de 90, apesar de um levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 1996 para conhecer a situação de saúde bucal no Brasil, o modelo assistencialista odontológico ainda era curativista e não condizente com os princípios e as diretrizes instituídas pelo Sistema Único de Saúde.

A fim de transformar este panorama, em 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu incentivos financeiros para as ações de Saúde Bucal e para a inserção de equipes de saúde bucal na ESF e, no ano seguinte, publicou a Portaria nº 267 que definiu as bases para a reorientação das ações de saúde bucal na atenção básica, com destaque para as ações de promoção da saúde, a partir de articulação

intersetorial e da participação dos usuários (BRASIL, 2001). Esta Portaria também definiu o incentivo financeiro das equipes de saúde bucal junto às equipes de saúde família e as atribuições dos profissionais da saúde bucal na atenção básica.

Em 2004, visando a reorganização da atenção em saúde bucal baseada na incorporação de ações programáticas pelas unidades de saúde, o Ministério da Saúde apresentou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que, dentre os seus pressupostos, destacou a importância das Ações de Promoção e Proteção da Saúde no nível individual e/ou coletivo (BRASIL, 2004c).

Estas ações englobam o fornecimento contínuo de escovas e pastas fluoretadas, além de ações educativas realizadas tanto no âmbito da unidade básica de saúde quanto no dos domicílios, escolas e outros espaços sociais. Tais ações educativas têm como objetivo viabilizar acesso à água tratada e fluoretada à população, promover higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor pelos serviços. Além desses objetivos, estas ações são responsáveis, principalmente, pela Educação em Saúde da população, considerando o contexto sócio- cultural no qual o indivíduo está inserido (BRASIL, 2004c)

Costa; Forte; Sampaio (2010, p.288) comentam que

[...] o intuito não é só de levar o material para quem não tem, mas também conscientizar as pessoas que têm o acesso aos insumos de higiene bucal e mesmo assim não fazem uso regular deles. O objetivo não é ensinar técnicas corretas de escovação, mas é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado.

Para tal, os conteúdos da educação em saúde devem ser trabalhados de forma pedagógica e integrados com as demais áreas pelo cirurgião dentista, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, em escolas, creches, asilos e espaços institucionais ou não. O principal objetivo da Educação em Saúde é, sobretudo, sensibilizar o indivíduo para a apropriação do processo saúde doença, além de entender a importância de mudança de hábitos não saudáveis de vida, bem como favorecer a conquista de sua autonomia por meio da perspectiva do autocuidado. (BRASIL, 2004c).

5.3. As práticas das equipes de saúde bucal da ESF: Realidade e Teoria

Com relação à Educação em Saúde, Hilgert (2001) expõe que esta é um componente de mudança social sendo realizada por grupos e/ou indivíduos que zelam pela saúde da comunidade.

As potencialidades de qualquer local devem ser aproveitadas para promover saúde (BUISCHI, 2000). Para Taglietta *et al.* (2011, p. 13) “quando associada às escolas, a promoção de saúde altera hábitos e comportamentos de forma favorável na redução de cáries”. Ainda neste contexto, Gosuen (1997) enfatiza que a educação sobre higiene bucal e hábitos alimentares é melhor fixada na faixa etária de 4 a 7 anos, ressaltando a importância da inclusão de programas educativos em escolas.

Enfatizando esta proposta, em seu estudo comparativo com crianças de escolas infantis de Piracicaba, Taglietta *et al.* (2011) constataram que os alunos que já foram submetidos a programas de prevenção de cárie nas escolas apresentaram uma diferença positiva de 10,14% na prevalência da cárie dentária com relação aos escolares que nunca foram submetidos aos programas de prevenção.

Ainda neste contexto de enfoque às ações de saúde bucal no âmbito das escolas, ao analisar as condições de saúde bucal de pré-escolares residentes na área de abrangência de equipes de saúde da Família em Salvador, Almeida *et al.* (2009) reconhecem que as políticas públicas de saúde bucal no Brasil foram mais direcionadas para a melhoria das condições de saúde bucal de escolares do que de pré-escolares e adultos em geral.

Para Almeida *et al.* (2009), a prevalência de cárie encontrada nos pré-escolares que participaram do estudo foi de 49,6%, sendo que a maioria dos dentes encontram-se cariados. Ainda segundo os autores, todos os problemas bucais detectados em seu estudo são passíveis de prevenção se forem executadas ações mais efetivas de prevenção e educação em saúde sobre crianças em idade pré-escolar pela atenção primária.

Torna-se notório, nesta perspectiva, que os trabalhos preventivos realizados pelas equipes de saúde bucal na ESF, em geral, são bastante direcionados para as

escolas, sendo mais escassa a atuação da saúde bucal em grupos de gestantes, idosos e hipertensos e em ações na comunidade ou em espaços sociais. (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Desta forma, apesar de evidente a transformação de modelo por meio da importância dada, cada vez mais, incorporada pelos profissionais de saúde à questão da promoção de saúde e por mais fundamental que seja a educação em saúde no âmbito escolar, por todos os benefícios já referidos, torna-se, de fato, importante que as atividades educativas também sejam voltadas e aproveitadas para toda a família e comunidade, grupos e espaços sociais, tendo como norteador das ações o diagnóstico dos problemas da comunidade como um todo.

É válido expor, nesta discussão, que, em 2001, período de incorporação de equipes de saúde bucal à ESF, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, por meio do Decreto-Lei 20311, criou o Programa de Saúde e Cidadania Dentescola numa tentativa de organizar as ações de promoção de saúde para as creches e escolas da rede pública numa perspectiva interdisciplinar e integral. Este programa tem não só o objetivo de incorporar hábitos de autocuidado com escovação dentária, mas também, de promover o reequilíbrio biológico, a valorização da autoestima, o resgate da relação familiar e a integração do indivíduo com o meio psicossocial em que vive gerando a multiplicação de agentes de mudança de realidade (RIO DE JANEIRO, 2004).

Para Almeida; Ferreira (2008) ainda, a escola é capaz de promover a qualidade de vida em sua comunidade, construindo coletivamente melhores condições de saúde e buscando estilos de vida mais saudáveis

Fato é que, que para Silveira Filho (2002), a incorporação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família teve como desafio tornar as ações de saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social, porém os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de Equipes de Saúde Bucal no PSF, apesar de inegáveis, são incipientes.

Assim, pode-se constatar, de acordo com os achados na revisão de literatura, que, de fato, as práticas de promoção de saúde se evidenciaram muito mais com a implantação da Estratégia de Saúde da Família e a sua importância parece estar

tomando espaço no dia a dia das equipes de saúde bucal. O trabalho das equipes de saúde bucal está tendo papel decisivo na prevenção da cárie de grupos que têm o privilégio de ser foco das ações por elas realizadas.

Entretanto, a questão que começa a despertar discussões é o fato de o papel da equipe de saúde bucal na mudança do modelo assistencial estar sendo direcionado para práticas muitas vezes específicas, havendo, ainda, um enfoque para certos grupos populacionais em detrimento de outros, o que pode descaracterizar a própria mudança de modelo preconizado.

Logo, entende-se que é importante avaliar, cada vez mais, o enfoque dado pelas equipes de saúde bucal às práticas de promoção de saúde e de prevenção da cárie voltadas para a população total do território onde atuam e, assim, marcar a sua atuação na promoção de saúde para todo o segmento populacional e não apenas para os escolares, como vem sendo a tendência atual.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou avaliar a importância da promoção de saúde na prevenção da cárie dentária baseando-se no papel transformador da prática da odontologia na atenção básica junto às equipes de saúde da família.

Assim, preliminarmente, procurou-se entender a trajetória da saúde bucal no contexto de políticas públicas, constatando-se o amadorismo político no que diz respeito ao desenvolvimento de uma política pragmática de saúde bucal, uma vez que, a aparente vontade de transformação do modelo assistencial vigente há décadas não condizia com os investimentos financeiros escassos no setor odontológico até o advento do Governo Lula.

Fato explícito é que houve um marco para a história da odontologia pública a partir de 2002. Primeiramente, no que concerne à questão da concretização de investimentos do Governo Federal para a implantação de equipes de saúde bucal na ESF e, mais tarde, com a apresentação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, na qual se destaca o conceito de Educação em Saúde e a consideração do contexto sócio-cultural em que se insere o indivíduo.

Fica clara, desta forma, a dimensão adquirida pelo conceito de Promoção de Saúde Bucal que é muito mais amplo que o mecanicismo da aplicação tópica de flúor e da escovação supervisionada, que até já eram as práticas de muitos profissionais do serviço público que dizem preponderar a promoção de saúde em prol dos procedimentos curativistas e têm, na verdade, uma visão distorcida do real conceito de Educação em Saúde e ações de prevenção de agravos, em especial da cárie dentária.

Em um segundo momento, por intermédio da avaliação da ESF, destacar a importância que assume no direcionamento e concretização da mudança do modelo assistencial proposto, por meio da priorização das ações de promoção de saúde junto à comunidade, o que é favorecido pela relação permanente entre profissionais de saúde e população assistida.

Os estudos comprovam que a teoria se distancia, muitas vezes, da prática, e o que se observa são ações e formas de pensar similares ao modelo assistencialista

passado, e seria interessante um estudo acerca do que motiva ou desmotiva a atuação de profissionais dentro da ESF, ou até mesmo uma avaliação a respeito do real entendimento que os profissionais do seu papel no cenário da equipe de saúde da família.

No âmbito da Saúde Bucal, pode-se dizer que houve um considerável atraso da sua inserção na ESF, aproximadamente oito anos após, o que torna mais ou menos recente os desafios que a odontologia tem na mudança das práticas de saúde. Neste panorama, observaram-se, na literatura consultada, estudos de avaliação positiva das ações de promoção de saúde bucal em diversas escolas do país sobre a diminuição da prevalência de cárie dentária, o que possui importância fundamental para a melhora dos indicadores da condição de saúde bucal das populações futuras.

Entretanto, o que se pode observar é que está havendo uma tendência clara da saúde bucal em desenvolver ações de promoção de saúde voltadas para escolares e muito especificamente no espaço físico da escola. Pode-se entender, desta forma, que o modelo atual não deixa de ser também excludente, quando se avalia a população alvo das promoções de saúde.

Assim, neste trabalho, não foi possível fazer nenhuma análise a respeito dos resultados da promoção de saúde bucal realizada em outros espaços sociais ou com outros grupos populacionais, pois os artigos analisados avaliam as ações da equipe odontológica muito especificamente nas escolas ou mostram, justamente, que a ênfase das ações de saúde bucal é dada para escolares.

Desta forma, parece claro que os conceitos de integralidade e de acesso equânime ainda não foram incorporados na íntegra pelas equipes de saúde bucal da atenção básica, o que vem descaracterizar o modelo de atenção à saúde preconizado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 9: p. 2131-2140, set. 2008.

ALMEIDA, T.F. *et al.* Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 9, n. 3. p. 247-52, jul./set., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde/1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, **Relatório Final**. Brasília, out. 1986. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/publicações/geral/1_cnsb.jpg. Acesso em 20 mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, **Relatório Final**. Brasília, 1993. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/publicações/geral/2_cnsb.jpg. Acesso em 20 mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 267**, de 6 de março de 2001. Incentivo à saúde bucal no PSF. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004c. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.jpg. Acesso em 19 set 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez anos de saúde da família no Brasil. **Informe da Atenção Básica**. Ano V, mar./abr. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003, Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003, Resultados Principais**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/imgs/publicacoes/geral/sbdados.jpg>. Acesso em 20 mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010, Pesquisa Nacional de saúde bucal**. Brasília, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_abbrasil_2010.pdf. Acesso em 19 set 2011.

BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: UFMG, 2008. 80p.

CARNUT, L. *et al.* Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7. p. 3083-3091, 2011.

CORTELLAZZI, K. L. **Indicadores de risco de cárie dentária e de gengivite em crianças na faixa etária de 5 anos.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

COSTA, C.H.M.; FORTE, F.D.S.; SAMPAIO, F.C. Motivos para consulta e perfil socioeconômico de usuários de uma clínica infantil. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 39, n. 5, p. 285-289, set./out. 2010.

GARCIA, D.V. **A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: Percorrendo os bastidores do processo de formulação.** Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

GOSUEN, L.C. A importância do reforço constante na conscientização e motivação em higiene bucal. **Revista Paulista de Odontologia**, v.19. p. 30-32, 1997.

GUERRA, K.C.M. **Os Centros de Especialidades Odontológicas nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro: Uma investigação dos fatores identificáveis como facilitadores ou não na implantação de uma política de indução financeira.** Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

HILGERT, E.C. **Educação em saúde bucal no ensino fundamental em escolas de Porto Alegre.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

PALMIER, A.C. *et al.* **Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto.** NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2008. 72p.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva.** 1 ed. São Paulo: Santos, 1989.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Impacto do Programa de Saúde e Cidadania “Dentescola” na construção de ações coletivas para a promoção de saúde.** Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/art_dentescola_ms.pdf. Acesso em out 2011.

SILVEIRA FILHO, A. D. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática.** 2002. Disponível em: http://www.fop.unicamp.br/dos/saudecoletiva/downloads/a_sb_no_psf.pdf. Acesso em 11 out 2011.

TAGLIETTA, M. F. A. Impacto de um programa de promoção de saúde escolar sobre a redução da prevalência da cárie em crianças pré-escolares de Piracicaba-SP. **Revista Faculdade de Odontologia**, v.16, n. 1. p. 13-17, jan./abr. 2011.