

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

**INTEGRAÇÃO DA ESF E ESB COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO
DA DEMANDA: CONTRIBUIÇÃO PARA O AUMENTO DO ACESSO
AO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL EM BELO HORIZONTE, MG**

RENATA CARVALHO PORTES LOPES

Renata Carvalho Portes Lopes

**INTEGRAÇÃO DA ESF E ESB COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO
DA DEMANDA: CONTRIBUIÇÃO PARA O AUMENTO DO ACESSO
AO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL EM BELO HORIZONTE, MG**

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Belo Horizonte – MG
2013

Renata Carvalho Portes Lopes

**INTEGRAÇÃO DA ESF E ESB COMO FORMA DE ORGANIZAÇÃO
DA DEMANDA: CONTRIBUIÇÃO PARA O AUMENTO DO ACESSO
AO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL EM BELO HORIZONTE, MG**

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Banca Examinadora

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez - Orientador

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 13/04/2013

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmãos pelo incentivo e reconhecimento.

Ao meu marido Warley pelo apoio, companheirismo e cumplicidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que guia os meus passos e caminha sempre ao meu lado. Obrigada por todas as bênçãos e pelas pessoas especiais que coloca em meu caminho.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte pelo investimento e possibilidade de participar do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Ao professor Heriberto Fiuza Sanchez por compartilhar seus conhecimentos, pelo incentivo e orientação.

À toda equipe do Centro de Saúde Ouro Preto que trabalharam comigo durante todo o curso e que foram fundamentais para a conclusão desse trabalho. Em especial à equipe de odontologia: Alessandra, Iara, Lubéria e Raquel, sempre companheiras e amigas.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”

Albert Einstein

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Detalhamento dos trabalhos selecionados para leitura e análise, artigos e capítulos de livros, revisão de literatura sobre a mudança do processo de trabalho para integração da ESF e ESB e organização da demanda, 2012. 15
- Quadro 2** - Detalhamento dos trabalhos selecionados para leitura e análise, documentos oficiais, revisão de literatura sobre a mudança do processo de trabalho para integração da ESF e ESB e organização da demanda, 2012. 18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente comunitária de saúde

ASB- Auxiliar saúde bucal

CPO – Índice de Dentes Perdidos Obturados Cariados

CS- Centro de Saúde

CSOP- Centro de Saúde Ouro Preto

DM- Diabetes Mellitus

DST- Doença sexualmente transmissível

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Equipe de Saúde da Família

ESF- Estratégia Saúde da Família

HA- Hipertensão Arterial

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OAPS- Oficinas de Qualificação da Atenção Primária a Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PMAQ- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PSE- Programa Saúde na Escola

PSF- Programa Saúde da Família

PUCMG- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

SB- Saúde Bucal

SUS- Sistema Único de Saúde

TSB- Técnica em saúde bucal

VD- Visita Domiciliar

RESUMO

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Em Belo Horizonte a implantação da Estratégia Saúde da Família se deu através do Programa BH Vida, como uma forma de reorganização da rede básica de saúde e ampliação da assistência. O propósito deste estudo é a reorganização do acesso do usuário ao serviço de Saúde Bucal, através de ações conjuntas com a ESF para a demanda programada e grupos priorizados. Foi realizada uma revisão de literatura através de artigos, dissertações, teses e livros publicados no período de 2000 a 2011, além de textos oficiais expedidos pelos órgãos responsáveis. Para a realização de uma atenção integral deve haver uma mudança definitiva no processo de trabalho, sendo o trabalho em equipe a base dessa mudança. A equidade no acesso é garantida pela organização da demanda, através da priorização de grupos. Para organizar as ações é preciso conhecer a área adscrita, as condições sócio-ambientais e de saúde da população e as famílias de maior vulnerabilidade. Planejar as ações em conjunto é a melhor forma para se alcançar os objetivos. O planejamento deve ser constante para se adequar as propostas às necessidades reais da população.

Palavras-chave: Processo de trabalho, integração Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, acesso Saúde Bucal.

ABSTRACT

The Family Health is understood as a strategy for reorienting the health care model, operationalized through the implementation of multidisciplinary teams in primary health care. In Belo Horizonte the implementation of the Family Health Program was performed through BH Vida, as a form of reorganization and expansion of basic health care. The purpose of this study was the reorganization of the service user's access to oral health through joint activities with the Family Health Team demand for scheduled and prioritized groups. It was conducted a literature review through articles, dissertations, thesis and books published between 2000 to 2011, and official texts issued by the responsible agencies. For the realization of a comprehensive care it is necessary a definite change in the work process, and the teamwork is the basis of this change. Equity in access is guaranteed by the organization demand by prioritizing groups. To organize the actions the knowledge of the enrolled area, including the socio-environmental status and population health conditions and the most vulnerable families are needed. Plan activities together are the best way to achieve the goals. Planning must be constant to suit the proposals to the real needs of the population.

Keywords: Integration of Family Health Team and Team Oral Health, Oral Health Access, Work process.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 METODOLOGIA	14
4 RESULTADOS	15
5 DISCUSSÃO	19
5.1 A prática em saúde bucal e os desafios da atuação em equipe	19
5.2 Epidemiologia recente da saúde bucal no Brasil	25
5.3 A ESF e a busca pela equidade	28
5.4 Planejamento local em saúde	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2002).

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi oficialmente incluída na Estratégia Saúde da Família (ESF) através da Portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde (MS). A Portaria 267 de 6 de março de 2001 regulamentou as ações das ESB na ESF.

Em Belo Horizonte a implantação da ESF se deu através do Programa BH Vida, como uma forma de reorganização da rede básica de saúde e ampliação da assistência.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), a inserção da odontologia no Programa BH Vida representa uma possibilidade de maior integração da Equipe de Saúde Bucal no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família, de forma a proporcionar uma ação mais integral e resolutiva do cuidado em saúde (BELO HORIZONTE, 2002).

Segundo o Caderno de Atenção em Saúde Bucal (MINAS GERAIS, 2006), a organização do trabalho deve ser estruturada no trabalho multiprofissional, com planejamento e avaliação em conjunto de ações por ciclo de vida e por fatores de risco comum a várias doenças. As ações deverão ser planejadas de forma conjunta entre os profissionais para que elas se complementem e não se sobreponham.

O propósito deste estudo é a reorganização do acesso do usuário ao serviço de Saúde Bucal, através de ações conjuntas com a ESF para a demanda programada e grupos priorizados. Através da integração das equipes esperamos facilitar o fluxo de encaminhamentos, aumentar a adesão dos usuários ao tratamento odontológico, facilitar a vigilância, a prevenção e promoção da saúde. Assim, a saúde é vista de forma integral sem compartimentação da atenção.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Contribuir para a reorganização do acesso do usuário ao serviço de Saúde Bucal, através da identificação e priorização de grupos, classificações de risco e facilitação dos fluxos de encaminhamentos.

2.2 Objetivos Específicos

- Contribuir para a garantia da universalização do atendimento.
- Contribuir para a garantia do princípio da equidade.

3 METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa, considerada apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Tal tipo de revisão permite adquirir e atualizar o conhecimento sobre determinada temática específica, sendo ainda caracterizada pela análise da literatura publicada em livros, artigos em formato impresso ou eletrônico (BERNARDO *et al.*, 2004).

A busca foi realizada nos sítios BIREME/OPAS/OMS (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) por artigos indexados nas bases de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os seguintes descritores: “integração saúde bucal ESF”, “acesso saúde bucal ESF”, “saúde bucal ESF”, “processo de trabalho ESF”, “universalização saúde bucal”, “equidade saúde bucal”. Foram também pesquisados sites do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Foram selecionados trabalhos em língua portuguesa, na forma de artigos, dissertações, teses e livros publicados no período de 2000 a 2011, além de textos oficiais expedidos pelos órgãos responsáveis.

4 RESULTADOS

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou-se as mudanças no modelo assistencial em saúde. O Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma estratégia de reorientação da atenção primária da saúde, tendo como artifício a reformulação do processo de trabalho; a vigilância à saúde através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; e organização das ações voltadas para as famílias estabelecendo o vínculo territorial.

Com a inserção da ESB no PSF amplia-se a possibilidade do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias.

A saúde bucal rompe com os modelos assistenciais excludentes e mutiladores, nos quais eram realizadas ações clínicas e preventivas voltadas para os escolares e atendimento de urgência para o restante da população.

A integração da equipe de saúde bucal com a de saúde da família para a realização de um trabalho em conjunto tem sido um dos maiores desafios para a saúde bucal.

Os quadros abaixo mostram os trabalhos (artigos e capítulos de livros) e documentos utilizados no desenvolvimento dessa monografia. Foram escolhidos 32 trabalhos e documentos dentre os 48 encontrados na busca bibliográfica.

Quadro 1. Detalhamento dos trabalhos selecionados para leitura e análise, artigos e capítulos de livros, revisão de literatura sobre a mudança do processo de trabalho para integração da ESF e ESB e organização da demanda, 2012.

Periódico	Ano	Vol. /Núm./Pg	Autor e título
Revista Brasileira de Enfermagem	2000	53: 43-147.	CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família
OPAS	2000	p.45-50	PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P. de; SILVEIRA, M. R. da . O trabalho em equipe. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família

Interface – comunicação, saúde, educação	2001	9:150-153	ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho
Interface – comunicação, saúde, educação	2001	9:133-141	CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada
Livro	2001		NARVAI, P. C. Odontologia e saúde bucal coletiva
Rev Saúde Pública	2001	35(1):103-9	PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia
Rev Bras Odontol	2001	2:7-29	SOUZA, D.S.; CURY, J. A.; CAMINHA, J. A. N.; FERREIRA, M. A.; TOMITA, N. E., NARVAI, P. C. <i>et al.</i> A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família
Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. RJ	2002	p 133-61.	MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca. In: SILVEIRA FILHO, A. D.; DUCCI, L.; SIMÃO, M. G.; GEVAERD, S. P. - organizadores. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis
Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro	2002	v. 18, p. S203-S211	SENNA, M. C. M. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família.,
Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,.	2003	8(2): 569-584	CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.
Rev Assoc Med Bras	2004	50(1):1-9	BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação
Interface - Comunic., Saúde, Educ	2004/ 2005	v.9, n.16, p.25-38	SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais
Saúde e Sociedade	2005	v.14, n.2, p.69-76	MARSIGLIA, R. M. G., SILVEIRA, C., JUNIOR, N. C.. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil.

Ciência Saúde Coletiva	2007	12(2): 455-64.	ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família
Saúde Soc. São Paulo	2007	v.16, n.3, p.85-91,	SISSON, M. C.. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde.
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG	2009		MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária a Saúde em Belo Horizonte. Oficina 1 – Análise da Atenção Primária à Saúde
Ciência & Saúde Coletiva	2010	15(Supl. 1):1643-1652	FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L.. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade
RGO - Rev Gaúcha Odontol.	2011	v.59, n.1, p.109-115, jan./mar	FARIAS, M. R., SAMPAIO, J. J. C.. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família
Ciência & Saúde Coletiva	2011	16(3):1745-1754,	NORONHA, M. G. R. C. S.; FILHO, D. L. L.. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional
Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,	2011	21 [2]: 745-765	ELIA, P. C., NASCIMENTO, M. C.. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro.

Quadro 2: Detalhamento dos trabalhos selecionados para leitura e análise, documentos oficiais, revisão de literatura sobre a mudança do processo de trabalho para integração da ESF e ESB e organização da demanda, 2012.

Fonte	Ano	Autor e título
BRASIL	2000	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 dez. 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada por meio do programa saúde da família
BELO HORIZONTE	2001	BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal. BH Vida: Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte.
BRASIL	2001	BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família
BRASIL	2001	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 mar. 2001. n. 119 Seção 1, p. 67.
BELO HORIZONTE	2002	BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. Proposta preliminar de reestruturação da atenção à saúde bucal
BRASIL	2002	BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS
BRASIL	2004	BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil sorridente: a saúde bucal levada a sério.
BRASIL	2004	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde
BRASIL	2006	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 648/GM, de 28 de março de 2006. 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) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
BRASIL	2006	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 17, Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília : Ministério da Saúde, 92p.
MINAS GERAIS	2007	MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. 290 p. 1, 2ª Edição.
BRASIL	2011	BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010 – Resultados Principais. Brasília.

5 DISCUSSÃO

5.1 A prática em saúde bucal e os desafios da atuação em equipe

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem constituído um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. A descentralização dos processos decisórios em saúde tem possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como das possibilidades e limites das intervenções. A busca por um novo modelo assistencial ganha sentido prático no esforço de dar respostas a necessidades concretas (SILVA ; TRAD, 2005).

É neste contexto que a Estratégia Saúde da Família (ESF), desenhado inicialmente como um programa focalizado, dirigido a grupos da população relativamente excluídos do acesso ao consumo de serviços, vem se apresentando, em vários municípios, como estratégia de reorientação da atenção primária da saúde ou do modelo de atenção como um todo. O trabalho em equipe é destacado no conjunto das características do PSF, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2001).

A ESF tem como estratégia a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do SUS e 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 com ações organizadas em um território definido. Tornou-se o carro-chefe do modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo tradicional de assistência impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde (SOUZA *et al*, 2001).

A ESF tem se constituído como projeto dinamizador do SUS, pela evolução histórica de organização do sistema de saúde no Brasil. Ele requer reorganização e alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes no cotidiano dos profissionais (BRASIL, 2002). As relações de trabalho e a formação profissional do trabalhador de saúde

são complexas e determinantes na qualificação da Atenção Primária. (NORONHA ; FILHO, 2011).

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação à ESF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque a ESF, 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 (SOUZA ; RONCALLI, 2007).

O perfil da prática odontológica, ao longo dos anos, caracterizou-se pela realização de ações eminentemente clínicas e ações preventivas direcionadas a escolares, que se revelaram insuficientes para responder às necessidades da população. Este perfil de práticas traz heranças de uma série histórica de “modelos de odontologia”, cujas propostas mostraram-se incapazes de promover a ruptura com esta prática hegemônica (NARVAI, 2001).

O Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº. 1.444 o incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Definiu também que o trabalho das equipes de saúde bucal estaria 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).

A Portaria 6487, publicada em 2006, descreve aspectos norteadores do processo de trabalho e estabelece atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na ESF. Destacam-se, dentre estas, a realização em conjunto da territorialização e do planejamento local de saúde, priorizando ações de acordo com as necessidades de uma área adscrita. Institui também atribuições específicas para o cirurgião-dentista (CD), o técnico de saúde bucal (TSB) e o auxiliar de saúde bucal (ASB) (BRASIL, 2006).

A participação da Odontologia não se deu no mesmo ritmo que a Medicina e a Enfermagem nas lutas pela Reforma Sanitária brasileira e na construção do SUS. A atuação não significativa dos profissionais de Saúde Bucal no processo da reforma dificultou sua inserção no sistema e continua como entrave à efetiva

integração da Odontologia na equipe de saúde da família (FARIAS ; SAMPAIO, 2011).

A Odontologia na Estratégia de Saúde da Família recebeu maior estímulo a partir da criação de uma política específica para a Odontologia, denominada “Brasil Sorridente” e lançada em março de 2004. Esta política ampliou sobremaneira a capacidade e a qualidade de atendimento, por meio de incentivos globais às Equipes de Saúde Bucal; da implantação de laboratórios de prótese em todo o País, disponibilizando prótese dentária na rede de assistência básica, ampliando e qualificando a atenção básica; e da inclusão de insumos odontológicos na farmácia básica da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2004).

Com tais medidas, houve expansão no número de equipes em todo o País, permitindo um maior acesso da população aos serviços de saúde. Em 2007, o Brasil contabilizou 8.341 Equipes de Saúde Bucal, vinculadas à Estratégia de Saúde da Família, com atuação em 3.896 municípios, totalizando cobertura a mais de 59 milhões de pessoas. A questão não é apenas de quantidade e cobertura, é de lógica e de qualidade organizacional do cuidado (FARIAS ; SAMPAIO, 2011).

O (re)construir da prática odontológica na Estratégia de Saúde da Família é um desafio que envolve não só os trabalhadores de saúde, mas também a política de saúde, os centros formadores e as sociedades adscritas em cada território, entendido nas dimensões demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e histórico-culturais (FARIAS ;SAMPALIO, 2011).

A inclusão de equipes multiprofissionais no processo de assistência ou do cuidado possibilita organizar o trabalho com níveis de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, ou seja, há que se complementarem os campos de saberes das profissões sem excluir a especificidade de cada uma (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO ; ROCHA, 2007).

Para que a Estratégia de Saúde da Família desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do

trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO ; ROCHA, 2007).

Nesse sentido, o perfil dos recursos humanos em saúde deve alterar-se. Uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a esta nova realidade (CAMPOS ; BELISÁRIO, 2001). Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos (ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

De acordo com a NOAS/2001, as principais responsabilidades da Atenção Primária a serem executadas pelas ESF e ESB são: saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle de diabetes mellitus; controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal. Somam-se a isso visitas domiciliares, reuniões entre os profissionais e a comunidade, atividades educativas com grupos definidos, ações administrativas de supervisão e educação continuada (BRASIL, 2001).

As atividades da equipe seriam: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção primária; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contrarreferência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (ARAÚJO ; ROCHA, 2007).

Diante da diversidade das concepções de trabalho em equipe, a idéia de equipe perpassa duas concepções distintas: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração entre relações e práticas. A primeira é caracterizada pela

fragmentação das ações e a segunda, pela construção de possibilidades de recomposição. Esta última estaria consoante com a proposta da integralidade das ações de saúde e a necessidade contemporânea de recomposição dos saberes e trabalhos especializados (ARAÚJO ; ROCHA, 2007).

A dificuldade do trabalho em equipe está relacionada com as diferentes concepções sobre o conceito de equipe. Dentre essas, se observam as definições: a equipe como um conjunto ou grupo de pessoas que desempenham uma tarefa ou trabalho não importando, nesse caso, os objetivos e as relações interpessoais ou a equipe como um grupo de pessoas que tem um objetivo comum. Em uma equipe é fundamental que os profissionais tenham o mesmo objetivo, não importando como cada um pretende alcançá-lo; ou alcançando-o de forma compartilhada. A equipe pode apresentar-se como um conjunto ou grupo de pessoas cujo objetivo é resultante da negociação/discussão entre todos os membros do grupo e por fim com o conceito que considera equipe como um grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras e pelo objetivo comum, obtido através da negociação entre os atores sociais envolvidos no plano de trabalho (PIANCASTELLI *et al.*, 2000).

Peduzzi (2001) elabora uma tipologia referente às duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes; e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Em ambas, no entanto estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto à independência dos trabalhos especializados ou a sua complementariedade objetiva.

No processo de produção em saúde, a denominação “equipe” sempre fará referência a uma situação de trabalho, e este, referindo-se à obtenção de bens ou produtos para a atenção às necessidades humanas. Além disso, destacam as habilidades relacionais tomadas como ferramentas essenciais da proposta e transformação de modelos assistenciais (CIAMPONE ; PEDUZZI, 2000).

Fazer de um grupo de trabalhadores uma equipe é um grande desafio. Desafio que passa pelo aprendizado coletivo da necessidade de uma comunicação aberta, de uma prática democrática que permita o exercício pleno das capacidades individuais e uma atuação mais criativa e saudável de cada sujeito, evitando, assim, a cristalização de posições, a rotulação e a deteriorização das relações interpessoais. Desta forma, o grupo poderá buscar seus objetivos, responsabilizando-se, solidariamente, pelos sucessos e fracassos (PIANCASTELLI *et al.*, 2000).

A importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro, o que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação (ARAÚJO ; ROCHA, 2007).

A forma como as pessoas vivem seus problemas no interior dos serviços implica o estabelecimento de canais de interação. Para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, faz-se necessária uma aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado. Ou seja, estabelecer uma prática comunicativa como estratégia para o enfrentamento dos conflitos significa romper com velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico. Nessa realidade, os profissionais de saúde desenvolvem o trabalho com relativa autonomia, mas com subordinação ao fazer do médico, ao contrário do que acontece na ESF, em que as relações de poder se enfraquecem quando se prioriza a escuta. A ação comunicativa é contrária a qualquer tipo de repressão dos direitos à liberdade do sujeito. Torna-se essencial que os profissionais se relacionem em um ambiente livre de coações, para que juntos se comuniquem, estabelecendo interação, possibilitando assim a construção de um novo modelo de saúde (ARAÚJO ; ROCHA, 2007).

Para que a Saúde Bucal (SB) envolva toda a equipe de Saúde da Família, é essencial que os profissionais tenham o entendimento de que o processo saúde-doença sofre influência de múltiplas dimensões, inerentes ao viver. Assim, amplia-se o processo de intervenção sobre um problema que antes estava exclusivamente sob responsabilidade do CD. A transformação da realidade requer a transformação dos olhares. A inserção do CD em uma equipe multiprofissional representa um primeiro passo neste sentido, na medida em que os profissionais se somam na construção de

novos olhares e o CD amplia suas possibilidades de intervenção, reafirmando seu papel como profissional de saúde (FACCIN *et al.*, 2010).

Como estratégia operacional, a ESB resgata a matriz ideológica do Programa de Saúde da Família utilizando-se da Epidemiologia como ferramenta de decisão, norteadora dos critérios de priorização, a partir do conceito de risco (FARIAS ; SAMPAIO, 2011).

De acordo com Farias e Sampaio (2001) torna-se necessária uma mudança das diretrizes curriculares dos cursos de saúde, propiciando ao aluno uma formação problematizadora, capaz de habilitar os profissionais a recriarem os saberes e modo a darem conta das realidades concretas, historicamente saturadas. Desde a formação é preciso aprender/fazer em grupo, visando o desenvolvimento da capacidade de compartilhamento numa equipe que se realize em processo terapêutico usuário-centrado, individual e coletivo.

No serviço, as criações de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilham a elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos, dependem não somente da formação recebida, mas também de uma ampla reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde, permitindo aos gestores estimularem a construção da interdisciplinaridade (FARIAS ; SAMPAIO, 2011).

Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos para desenvolver o novo perfil no trabalhador da saúde. É necessário, também, que ocorra mudança das diretrizes curriculares dos cursos de saúde. Desde a formação é preciso aprender/fazer em grupo, visando o desenvolvimento da capacidade de compartilhamento numa equipe que se realize um processo terapêutico usuário-centrado, individual e coletivo (FARIAS ; SAMPAIO, 2011).

5.2 Epidemiologia recente da saúde bucal no Brasil

Sete anos após o lançamento do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal, conclui em 2011 o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Realizada com o objetivo de analisar a situação da saúde bucal da população brasileira e de proporcionar ao SUS

informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, tanto em nível nacional quanto no âmbito estadual e municipal (BRASIL, 2011).

O Brasil aprendeu ao longo destes últimos oito anos a investir na redução da pobreza e das desigualdades regionais, e na saúde bucal não foi diferente. O significativo crescimento das equipes de Saúde Bucal, de 390%, a criação de 865 Centros de Especialidades Odontológicas, a habilitação de 674 municípios com Laboratórios de Próteses Dentárias, a distribuição de 72 milhões de kits de escova e pasta dentária, a ampliação do acesso a água tratada e fluoretada para cerca de 7 milhões de brasileiros proporcionaram a redução do número de dentes extraídos. Houve ainda a ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos, principalmente para os mais pobres, elevando o Brasil ao grupo de países com baixa prevalência de cárie (BRASIL, 2011).

Este relatório servirá para continuarmos avançando no acesso com equidade à saúde bucal entre toda a população brasileira, como é importante instrumento de orientação para a erradicação da extrema pobreza em nosso país (BRASIL, 2011).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições da oclusão, fluorose, traumatismo dentário e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar ao Ministério da Saúde e instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal (BRASIL, 2011).

Dentre os principais resultados apresentados ao longo deste relatório, destacam-se os relativos à cárie dentária, usualmente avaliada a partir do índice CPO. Devido ao seu caráter cumulativo ao longo dos anos, o CPO é sempre referido em relação à idade e um indicador utilizado internacionalmente é o CPO aos 12 anos, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente (BRASIL, 2011).

No SB Brasil 2003, o CPO aos 12 anos foi igual a 2,78 e, na pesquisa de 2010, o CPO aos 12 anos ficou em 2,07, correspondendo a uma redução de 26,2% em 7 anos. Considerando o componente do CPO relativo especificamente aos dentes não tratados (cariados), a redução foi de mesma magnitude (de 1,62 para 1,21) (BRASIL, 2011).

No que diz respeito aos adultos e idosos, em geral a redução no ataque de cárie é menos significativa, tendo em conta o caráter cumulativo das sequelas da doença (BRASIL, 2011).

Entre os idosos de 65 a 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,5 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído” (BRASIL, 2011).

Na população adulta de 35 a 44 anos, observa-se que os componentes “cariado” e “perdido” caíram mais acentuadamente enquanto que o componente “obturado” cresceu em termos relativos. Ao longo dos últimos sete anos, esta faixa etária está tendo um menor ataque de cárie e um maior acesso a serviços odontológicos para restaurações dentárias. Esta é uma importantíssima inversão de tendência registrada no país: os procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, cedendo espaço aos tratamentos restauradores (BRASIL, 2011).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6) (BRASIL, 2011).

No que diz respeito às condições periodontais, avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), em termos populacionais, estes problemas aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos (BRASIL, 2011).

Com relação ao edentulismo, avaliado pela necessidade de prótese dentária, é importante destacar que, no Projeto SB Brasil 2010, as necessidades de próteses dentárias foram estimadas com a finalidade de proporcionar subsídios para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador. As próteses dentárias referidas foram a parcial e a total e buscou-se verificar se a necessidade ocorria em um ou nos dois maxilares (BRASIL, 2011).

Entre os adolescentes, 13,7% necessitam próteses parciais em um maxilar (10,3%) ou nos dois maxilares (3,4%). Não houve registro para necessidade de próteses totais. Em 2003, 27% dos adolescentes necessitavam algum tipo de prótese. Assim, constata-se importante redução de 52% nas necessidades de prótese entre adolescentes (BRASIL, 2011).

Para os adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 68,8% dos casos, sendo que a maioria (41,3%) é relativa à prótese parcial em um maxilar. Em 1,3% dos casos, há necessidade de prótese total em pelo menos um maxilar. Importante destacar que este percentual em 2003 era de 4,4%, portanto a redução corresponde a 70% (BRASIL, 2011).

Em idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares. Estes números estão muito próximos dos encontrados em 2003 (BRASIL, 2011).

O Projeto SB-Brasil deverá se estabelecer como o principal componente da Vigilância em Saúde no eixo da produção de dados primários, contribuindo para a consolidação dos avanços da Política Nacional de Saúde Bucal nos próximos anos (BRASIL, 2011).

5.3 A ESF e a busca pela equidade

Na Constituição Brasileira, a equidade em saúde é tomada como igualdade, garantida pela gratuidade no acesso aos serviços de saúde, o que pressupõe não só uma divisão quantitativa de recursos, mas sua orientação à redução das desigualdades sociais, por meio do modelo assistencial (SISSON, 2007).

Os diversos grupos sociais apresentam demanda diferenciada aos serviços de saúde, em termos de volume e de tipo de problema. Essas diferenças precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime (SISSON, 2007)

A universalidade no acesso aos serviços de saúde do SUS, condição fundamental para a equidade, é garantida pela gratuidade dos serviços de saúde, evitando-se, assim, que situações econômicas desvantajosas possam dificultar o seu alcance. Essa igualdade no acesso pressupõe que exista um sistema no qual o setor público tem importante participação e que faça corresponder a distribuição dos serviços de saúde ao perfil de necessidades das populações. Distribuir igualmente, somente levando em conta o quantitativo da população de cada área, na prática, leva à má distribuição e não permite o alcance dos grupos sociais mais vulneráveis (SISSON, 2007)

Assim, para que o Programa de Saúde da Família assumira caráter de estratégia de inclusão de segmentos populacionais que não têm acesso aos serviços de

saúde, deverá se realizar por meio da efetiva implementação da política de saúde, materializada, então, por um conjunto de condições: maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor saúde com uso mais efetivo dos já existentes, implementação de uma política redistributiva na alocação de recursos entre esferas de governo e organização da rede local de serviços de saúde voltada para garantir a universalidade no acesso a eles, por meio da melhor distribuição espacial desses serviços e adequação da oferta às necessidades dos diferentes grupos populacionais (SISSON, 2007).

Consideradas essas dimensões, almejar a equidade dentro do sistema de saúde nos remete necessariamente a uma política mais ampla, ou seja, torna-se fundamental que mesmo ações “focais” estejam incorporadas a uma política maior, que garanta suporte social e direitos universais. A ESF, nesse sentido, não se encontra isolado, pois participa de uma série de medidas de reforma do setor para o SUS, sofrendo os impasses de sua implementação (SENNA, 2002).

É preciso pensar em como promover a inclusão social usando a categoria equidade, não tratando de forma igual pessoas desiguais, e criar programas que privilegiem os grupos populacionais mais despossuídos, na tentativa de favorecer-lhes o acesso aos serviços. A intervenção centrada na família e na comunidade demonstra a intenção de não agir apenas sobre a doença instalada, mas de incentivar a promoção da saúde, a prevenção e a reorganização da demanda aos serviços em uma área adstrita, fazendo do PSF a “porta de entrada” para o SUS (MARSIGLIA, 2005)

Pretende-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja capaz de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância e seja o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (STARFIELD, 2002).

5.4 Planejamento local em saúde

Espera-se que em cada território as equipes busquem estabelecer relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana e, a partir disto, identificar problemas, prioridades e mobilizar recursos potenciais para atender às necessidades de saúde da comunidade (CAMPOS, 2003).

Entre as atribuições das equipes de Saúde da Família está a de “elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos principais determinantes de saúde/doença; inclusive com ações intersetoriais” (ELIA ; NASCIMENTO, 2011)

Na ESF, a proposta de planejamento local prevê a participação social e a integração intra e intersetorial, considera os determinantes e condicionantes de saúde e contempla as peculiaridades de saúde locais. A elaboração do plano local é, desta perspectiva, uma tarefa complexa que demanda instrumentos de epidemiologia, metodologias e técnicas de planejamento e de comunicação, entre outras (ELIA ; NASCIMENTO, 2011)

O diagnóstico local é a etapa inicial do processo de planejamento local; executada adequadamente permite à equipe identificar os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença no território, os principais riscos de adoecimento e os grupos mais expostos a eles, além do impacto de suas ações sobre o nível de saúde da população (ELIA ; NASCIMENTO, 2011).

As informações presentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) são fundamentais para este diagnóstico, particularmente os dados de cadastramento e acompanhamento das famílias, constantes nas fichas A e B, respectivamente (ELIA ; NASCIMENTO, 2011).

Outro instrumento que auxilia no diagnóstico local é o mapa da área de abrangência das equipes. Estes mapas são elaborados com base em dados obtidos em visitas domiciliares (VD) e no SIAB. Neles são assinalados os recursos existentes na comunidade, os principais riscos e potencialidades locais identificados. Permitem uma visualização espacial das informações, destacando a presença de áreas e das famílias em risco (ELIA ; NASCIMENTO, 2011).

A definição de prioridades de ações não deve se concentrar em aspectos biológicos, sem considerar suficientemente aspectos socioambientais na identificação de riscos e vulnerabilidades (ELIA ; NASCIMENTO, 2011).

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda. A organização da atenção em saúde bucal apresenta os principais desafios: unificar a porta de entrada com a área de médico-enfermagem; garantir acesso à demanda espontânea; desenvolver ações programadas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência, voltadas ao controle das patologias crônicas e/ou às populações mais vulneráveis do

território; organizar uma atenção domiciliar; reordenar a atenção de média complexidade (BRASIL, 2006)

O acolhimento é a melhor estratégia para se trabalhar com a demanda espontânea e pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população (BRASIL, 2006).

A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente. Neste sentido é que se prioriza o atendimento a qualquer urgência, quando esta estiver ocasionando dor ou sofrimento ao usuário. A urgência, inclusive, é um momento importante para a detecção de indivíduos com maior vulnerabilidade (BRASIL, 2006).

O acolhimento constitui-se como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências. Desse modo é que o diferenciamos de triagem. Triagem refere-se a uma filtragem de quem pode e quem não pode ser atendido, baseada no que o serviço tem para oferecer, sem considerar as necessidades dos usuários (BRASIL, 2006).

Acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso, buscar uma forma de compreendê-lo e solidarizar-se com ele (BRASIL, 2006).

A atenção programada é caracterizada por pessoas cadastradas na área que compõem o grupo priorizado para a atenção na unidade de saúde e que necessitam de atendimento continuado. Inclui ações individuais e/ou coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e de intervenções cirúrgico-restauradoras ofertadas de forma organizada. Cabe às equipes em conjunto com a comunidade, a partir da realidade social, definir a estratégia e os grupos prioritários para atenção em saúde bucal programada (BRASIL, 2006).

Para a programação das atividades da demanda programada a população pode ser dividida em grupos por ciclos de vida e por condições sistêmicas.

Um dos princípios da Atenção Primária é o princípio da longitudinalidade, que está ligado à necessidade de os profissionais da equipe de saúde serem capazes de fornecer a atenção a todos os usuários de sua área de abrangência ao longo de suas vidas. Isso significa possuir o entendimento do processo saúde-doença e das variações de abordagens em relação a todas as faixas etárias, e da importância de

se desenvolver um trabalho multiprofissional que enfoque o usuário como um todo (MINAS GERAIS, 2007).

A divisão da demanda programada por ciclo de vida se dá da seguinte forma: saúde bucal do bebê (0 a 1 ano); a criança de 2 a 5 anos; a criança de 6 a 9 anos; o adolescente (10 a 19 anos); o adulto (20 a 59 anos); o idoso (a partir de 60 anos) (MINAS GERAIS, 2007).

O aumento da expectativa de vida coloca a discussão da saúde bucal do idoso e o aumento da atenção a essa faixa etária como necessidades reais do SUS. É muito importante garantir aos idosos o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da autoestima. A promoção da saúde bucal influencia em todos esses aspectos, à medida que melhora a mastigação, a digestão, a estética e a possibilidade de comunicação (MINAS GERAIS, 2007).

A demanda programada também pode ser dividida de acordo com a alteração sistêmica. São elas: gestante, diabético, hipertenso, paciente com necessidades especiais (PNE), o portador de tuberculose, o portador de hanseníase e o portador de HIV (MINAS GERAIS, 2007).

Os grupos de usuários e as VD são estratégias de organização da oferta, de acordo com a avaliação que as equipes fazem das necessidades de saúde da população. Com isto, é possível reduzir a demanda espontânea e oferecer uma atenção mais integral às famílias, que considere, além das ações curativas e de controle, a prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde (ELIA ; NASCIMENTO, 2011).

Ações de monitoramento e avaliação permitem verificar se as metas estão sendo cumpridas e os resultados alcançados, se o processo de trabalho está adequado e o planejamento necessita ou não de ajustes (ELIA ; NASCIMENTO, 2011)

Os indicadores que norteiam as ações são os do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e os das Oficinas de Qualificação da Atenção Primária a Saúde (OAPS). O monitoramento das ações é realizado através destes indicadores com periodicidade mensal para os do PMAQ e anual para os das OAPS.

As OAPS são oriundas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e se caracterizam como um esforço conjunto de profissionais, gestores e cidadãos no fortalecimento da APS, através do planejamento, organização, operacionalização e monitoramento de ações que visam resultados concretos na melhoria dos

indicadores de saúde, na qualidade e na resolubilidade da assistência à saúde (MINAS GERAIS, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a realização de uma atenção integral, conquista das metas e objetivos propostos, além da melhoria dos indicadores de saúde, deve haver uma mudança definitiva no processo de trabalho.

O trabalho em equipe é a base da mudança no processo de trabalho. Composto por uma equipe multiprofissional é a principal ferramenta da gestão atual: situação na qual ocorre interação dos agentes, que utilizam o diálogo na busca do consenso para elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos, além da soma de saberes e capacidades técnicas individuais.

Alguns instrumentos são fortalecedores dessa integração, tais como: reuniões semanais de equipe; agenda e atendimento compartilhado; bom relacionamento interpessoal; criação de espaços coletivos para elaboração de planos gerenciais e projetos terapêuticos; educação permanente; parcerias com o NASF; além de ofícios próprios para facilitar a comunicação e os fluxos de encaminhamentos (ANEXO 1).

Houve a ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Brasil, como mostrado pelos dados do SB-Brasil 2010. Para que ocorra equidade no acesso é preciso organizar a demanda, através da priorização de grupos. O acolhimento é a melhor estratégia para se trabalhar com a demanda espontânea. Ele permite a escuta qualificada e o levantamento de necessidades do paciente, realizando, assim, a classificação da sua urgência.

Para organizar as ações da demanda programada, é preciso conhecer a área adscrita, as condições sócio-ambientais e de saúde da população e as famílias de maior vulnerabilidade. Para a atualização dos dados desse levantamento a ESB do Centro de Saúde Ouro Preto (CSOP) desenvolveu uma tabela para coleta de dados pelas agentes comunitárias de saúde (ACS). Esse levantamento é realizado anualmente e contém dados de cada indivíduo e da família sobre a cárie dentária, doença periodontal, edentulismo e alterações de tecido mole (ANEXO 2). Essa tabela é utilizada juntamente com as fichas A e B das ACS.

No CSOP para a organização das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a demanda programada é dividida em grupos por ciclos de vida e por alteração sistêmica.

O atendimento compartilhado é uma ótima estratégia para acompanhamento do paciente portador de diabetes mellitus (DM) e o portador de hipertensão arterial

(HA). Através da agenda compartilhada e do arquivo rotativo vincular as consultas da gestante, diabético e hipertenso com a ESF e com a ESB é mais fácil e diminui o número de idas do usuário ao CS, reduzindo assim o absenteísmo.

Planejar as ações em conjunto é a melhor forma para se alcançar os objetivos. O planejamento deve ser constante para se adequar as propostas às necessidades reais da população. A equidade está em priorizar os que mais necessitam, ampliando, assim, o acesso da população de maior risco aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P., MISHIMA SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – comunicação, saúde, educação** 2001; 9:150-153.
- ARAÚJO, M. B. S., ROCHA, P. M.. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva** 2007; 12(2): 455-64.
- BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal. BH Vida: **Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte; 2001.
- BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta preliminar de reestruturação da atenção à saúde bucal**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2002. (Documento de circulação interna).
- BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B.. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Rev Assoc Med Bras** 2004; 50(1):1-9
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB-Brasil 2010 – Resultados Principais**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil sorridente: a saúde bucal levada a sério**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília; 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 dez. 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada por meio do programa saúde da família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 dez. 2000, seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 mar. 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 119, 6 mar. 2001. Seção 1, p. 67.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 648/GM, de 28 de março de 2006. 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) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006; 29 mar.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17, Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília** : Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(2): 569-584, 2003.

CAMPOS, F. E., BELISÁRIO, S. A.. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – comunicação, saúde, educação** 2001; 9:133-141.

CIAMPONE, M. H. T., PEDUZZI, M. . Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem** 2000; 53: 43-147.

ELIA, P. C.; NASCIMENTO, M. C. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [2]: 745-765, 2011.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1643-1652, 2010.

FARIAS, M. R., SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, 59(1):109-115, 2011.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; JUNIOR, N. C.. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade** 14(2) p.69-76, maio-ago 2005.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária a Saúde em Belo Horizonte**. Oficina 1 – Análise da Atenção Primária à Saúde/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290 p. 1. **Saúde bucal - Atenção primária**. 2ª Edição.

MOYSÉS, S. J., SILVEIRA FILHO, A. D.. Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca. In: Silveira Filho, A. D., Ducci, L., Simão, M. G., Gevaerd, S. P., organizadores. **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2002. p 133-61.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos; 2001.

NORONHA, M. G. R. C. S., FILHO, D. L. L. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1745-1754, 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. 2001; 35(1):103-9.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P. de; SILVEIRA, M. R. da . O trabalho em equipe. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família**. Brasília: OPAS, p.45-50, 2000.

SENNA, M. C. M. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 9(16), p.25-38, 2004/2005.

SISSON, M. C.. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, 16 (3), p.85-91, 2007

SOUZA, D. S. *et al.* A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Odontol** 2001; 2:7-29.

STARFIELD, B.. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

ANEXO 1

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o (a) paciente _____
para atendimento odontológico. Equipe: _____ MA: _____.

MOTIVO:

- lesões cariosas lesões de mucosa gestante idoso com
necessidade de
prótese
- orientação
higiene bucal hipertenso e/ou
diabético crianças de
0 a 9 anos Outros

Assinatura

CSOP - BH

Doença Periodontal / Edentulismo / Alterações do tecido mole														
	Gengiva dói	Gengiva sangra/incha	Tártaro	Retração gengival	Mobilidade dentária	Ausência parcial de dentes	Usa prótese	Necessita de prótese	Ausência total de dentes	Usa prótese	Necessita de prótese	Presença de lesão	Lesão com mais de 2 semanas	Presença de gânglios
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														

Observações: