

PATRÍCIA DIAS DE GODOY CALDEIRA

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2010



PATRÍCIA DIAS DE GODOY CALDEIRA

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2010

PATRÍCIA DIAS DE GODOY CALDEIRA

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck

Banca examinadora

Aprovada em Belo Horizonte _____ / _____ / _____

À comunidade do bairro Grande Eldorado, que me inspirou a vislumbrar um maior sentido para minha prática odontológica.

À minha família, que me incentivou e renunciou a muitas horas do nosso convívio para que eu pudesse subir mais um degrau no conhecimento.

Ao orientador Marcos Azeredo Furquim Werneck, pelo auxílio imprescindível à realização deste trabalho.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família surge como um modelo de reorientação das práticas sanitárias no Brasil. A inclusão posterior da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família constituiu um avanço na reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica. Representou a incorporação do conceito de saúde bucal como um componente da saúde em seu sentido mais amplo. O presente estudo analisa o processo de inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e a mudança de paradigma das ações da saúde oral no Brasil. Para atender tais objetivos, são analisados dados estatísticos disponíveis e as atribuições legais e a atuação real das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, avaliando as contribuições dessas atribuições na integralidade e na humanização do acesso aos direitos básicos do cidadão.

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família, Inclusão da saúde bucal, Mudança de paradigma.

ABSTRACT

The Family Health Strategy emerges as a model of a new orientation of sanitary practices in Brazil. The subsequent inclusion of oral health in the Family Health Strategy was a step in the reorganization of oral health actions in Primary Care. Represented the incorporation of concept of oral health as a component of health in broadest sense. This study examines the process insertion of oral health in Family Health Strategy and the changing paradigm and action on public health in Brazil. To meet these objectives, we analyze the statistical data available and the legal powers and the performance of real teams of oral health in the Family Health Strategy, assessing the contributions of those functions and performance in integrality and the humanization of access to basic rights of citizens.

Key Words: Family Health Strategy, Inclusion of oral health, Changing paradigm.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
- CD – Cirurgião Dentista
- CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CPOD - Cariados, perdidos e obturados
- CSB - Coordenação Estadual de Saúde Bucal
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- LDB – Lei de Diretrizes e Bases para a Educação
- MS – Ministério da Saúde
- NOB – SUS: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PDR – Plano Diretor de Regionalização
- PSF – Programa Saúde da Família
- SES - Secretaria Estadual de Saúde
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUDENE - Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
- SUS – Sistema Único de Saúde
- PAB - Piso Assistencial Básico
- TSB - Técnico em Saúde Bucal
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- US – Unidade de Saúde

LISTA DE FIGURAS

- Mapa da cobertura nacional da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família página 24
- Mapa das microrregiões de saúde do Estado de Minas Gerais e da distribuição das suas Unidades Básicas de Saúde página 25
- Mapa dos municípios mineiros que não aderiram à Estratégia Saúde da Família página 26
- Mapa da localização geográfica do município de Montes Claros página 29
- Gráfico da cobertura da Estratégia Saúde da Família entre 2000 e 2006 página 30
- Fotografia com vista área do município de Montes Claros página 31
- Fotografia por satélite com contorno do bairro Santa Eugênia no município de Montes Claros página 33

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 09 |
| METODOLOGIA | 12 |
| A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 13 |
| 1.1. PROMOÇÃO DE SAÚDE | 13 |
| 1.2. ATENÇÃO BÁSICA | 13 |
| 1.3. SURGIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 16 |
| 1.4. SUS – LEIS ORGÂNICAS | 18 |
| 1.5. FUNCIONAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 19 |
| A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 21 |
| 2.1. ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE BUCAL | 21 |
| 2.2. CAMPO DE ATENÇÃO NA SAÚDE BUCAL | 22 |
| COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E DA SAÚDE BUCAL | 24 |
| 3.1. NO BRASIL | 24 |
| 3.1.1. Estratégia Saúde da Família | 24 |
| 3.1.2. Saúde Bucal | 25 |
| 3.2. O EXEMPLO DE MINAS GERAIS | 25 |
| 3.2.1. Estratégia Saúde da Família | 26 |
| 3.2.2. Saúde Bucal | 28 |
| 3.3. O EXEMPLO DE MONTES CLAROS | 29 |
| 3.3.1. Estratégia Saúde da Família | 29 |
| 3.3.2. Saúde Bucal | 31 |
| 3.3.2.1. Equipe Saúde Bucal do Bairro Jardim Eldorado | 32 |
| ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 35 |
| 4.1. DETERMINANTES DA SAÚDE | 35 |
| 4.2. DIAGNÓSTICO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL | 35 |
| 4.3. A ATUAÇÃO DO DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 36 |
| 4.4. PERFIL GERAL DOS DENTISTAS EM ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 38 |
| DISCUSSÃO | 39 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 43 |
| REFERÊNCIAS | 46 |

INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um direito humano fundamental.

Aos poucos, o direito à saúde vem sendo estruturado através de um conjunto de leis que regulam os fins e definem os meios de que o Estado disporá para concretizá-lo, desde a definição das políticas e dos aspectos organizacionais e operacionais do sistema de saúde público, até os bens e serviços de interesse à saúde.

Nos últimos cem anos, o Brasil viveu vários modelos de assistência pública à saúde.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na última década do século XX, e a posterior adoção do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de organização da atenção básica, fortaleceram a proposta de reversão do modelo tradicional de assistência, hospitalocêntrico e curativista para um modelo de promoção da saúde, centrado no usuário.

O PSF surgiu em 1994 como uma metodologia de reorientação das práticas sanitárias no Brasil, transformando-se, com o tempo, de um programa para uma estratégia de saúde da família, passando de um programa de governo para uma estratégia de Estado. Desde 1991, o Ministério da Saúde já havia criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, que veio como resposta às necessidades de mudanças nas práticas de atendimento até então exclusivamente centradas no médico e de caráter biologicista, individualista e hospitalar.

O PSF, atualmente compreendido como Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo a família como foco, propõe uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e promove intervenções que vão além das práticas curativas. O novo conceito de saúde assumido pelo SUS, para além da biologia humana ou, da simples referência de um problema em um corpo, propõe a compreensão do binômio saúde/doença como fenômenos históricos, determinados, num dado local e momento, pela qualidade de vida das pessoas em uma sociedade.

Entre os princípios que orientam o SUS, o primeiro deles é a Universalidade, ou seja, que se deve buscar a garantia de acesso a todos os cidadãos brasileiros.

Como garantir o acesso universal, atender a todos, com tamanha demanda que se acumula em relação aos serviços de saúde, e ao mesmo tempo inverter o modelo curativo, fazendo prevalecer um modelo de promoção da saúde?

A ESF propõe instituir uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional junto ao indivíduo e à comunidade, com participação da comunidade e com preocupação preventiva.

É inquestionável a importância da saúde bucal na concretização da saúde. A compreensão deste conceito ampliado de saúde faz do cirurgião dentista um profissional

indispensável na reformulação do modelo de atenção proposto pelo SUS.

Com a inserção da saúde bucal nas equipes de Saúde da Família, amplia-se o olhar para um trabalho interdisciplinar qualificado para contribuir com a saúde como um todo.

Pensar, estruturar, propor estratégias e viabilizar ações tendo em vista que a construção de uma consciência sanitária demanda uma ação interdisciplinar no âmbito da saúde; uma ação interdisciplinar na busca de uma totalização do conhecimento e da atenção.

É fundamental a organização da atenção em saúde bucal através de ferramentas do planejamento estratégico que, utilizando-se de critérios para priorização, permitam realizar sua proposta. Quando os serviços conseguem apropriar-se dessas ferramentas, e compartilham com a comunidade as prioridades, todos se beneficiam.

Com isso, ganham efetividade outros dois princípios do SUS: o da Equidade, que consiste em priorizar os recursos disponíveis para aqueles que mais necessitam de atenção; e o do Controle Social, que se refere à participação popular na gestão dos serviços.

Ao mencionar a Equidade, outro questionamento surge: será que ainda é cabível o entendimento de que os cidadãos que já sofreram as mazelas das patologias bucais devem ser excluídos da prioridade assistencial da ESF? Trata-se de uma “geração perdida”? Será que devem ser vistas como prioridades apenas aquelas crianças que, por não terem tido nenhuma experiência anterior de cárie, apresentam possibilidade de se tornarem adultos saudáveis, isto é, “geração saudável”?

Constata-se hoje que essa atitude deve ser inversa, pelas experiências acumuladas nos diversos sistemas de saúde e igualmente pela ampliação dos conhecimentos na área social.

Apesar da reforma sanitária e dos movimentos visando garantir melhorias no sistema de saúde, o atual modelo assistencial brasileiro ainda está excessivamente centrado no consumo e utilização intensiva de consultas, medicamentos e exames complementares, e não na melhoria das condições de vida/saúde da população.

A ESF representa uma meta prioritária do Ministério da Saúde. A expansão das equipes vem promovendo mudanças gradativas nos sistemas municipais, favorecendo a descentralização da saúde.

As esferas governamentais almejam uma ESF forte, capaz de converter o modelo assistencialista num modelo que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde como resultado de qualidade de vida e do acesso a um serviço público de qualidade resolutivo, integral e humanizado.

É fundamental que equipes de saúde bucal componham todas as equipes da Estratégia Saúde na Família. Mas, à efetivação dessa conquista interpõem-se muitos desafios.

O objetivo geral deste estudo é descrever o processo de inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, em seus avanços e seus desafios.

Seus objetivos específicos são: conhecer as metas e estrutura da ESF; descrever as normas que regem a Atenção Básica em Saúde Bucal; analisar os passos de implantação da saúde bucal na ESF; constatar a cobertura já conquistada da saúde bucal dentro da ESF; exemplificar a inserção da saúde bucal na ESF através do modelo do município de Montes Claros (MG); e analisar os principais entraves ao avanço da saúde bucal na ESF.

A autora deste estudo graduou-se em odontologia em 1991. No ano seguinte, concursou-se para o cargo de cirurgião dentista no município de Montes Claros, Estado de Minas Gerais. Àquele tempo, ainda não se havia implantado no país a ESF, preponderando na política pública de saúde bucal desse município o modelo assistencialista, priorizando à população medidas reparatórias e não preventivas.

Em 1998, a ESF foi implantada em Montes Claros. Mas somente em 2005 a saúde bucal foi inserida na ESF do município.

A autora foi selecionada, ao lado de outros 11 cirurgiões dentistas, que integravam a Divisão de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde, para compor a primeira Equipe de Saúde Bucal da cidade, que se formou no bairro Jardim Eldorado.

Desde então, havendo se afastado da clínica privada para dedicar-se integralmente à saúde pública, a autora vem buscando se preparar adequadamente para a realização do seu papel.

Os objetivos acima formulados virão muni-la de subsídios para avaliação de sua prática, o que permitirá redimensionar sua participação na saúde bucal da ESF em Montes Claros.

Destaque-se, porém, que as referências à inserção da saúde bucal na ESF em Montes Claros servirão apenas de exemplo, para enriquecimento do trabalho.

METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo descritivo exploratório sobre o processo de inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com Lakatus e Marconi (1985), este tipo de pesquisa é recomendado nas situações em que não foram encontrados dados anteriores que possam subsidiar o estudo. Seguem as autoras afirmando que este desenho metodológico torna possível que o pesquisador adquira mais familiaridade com o tema que se deseja explorar.

Levando em consideração o tipo de estudo, para obtenção das informações desejadas, foram acessados os bancos de dados do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e do sistema de informação do município de Montes Claros (MG). Concomitante a este processo, foi realizado um breve levantamento bibliográfico dos últimos 06 anos sobre o processo de inserção da saúde bucal na ESF, em periódicos brasileiros e em documentos oficiais, além da pesquisa de dados sobre o perfil do Programa de Saúde da Família em Montes Claros (MG).

As informações obtidas foram analisadas e discutidas nos seguintes tópicos:

1. estratégia de Saúde da Família, com ênfase para a promoção da saúde, a atenção básica e o aparato legal que a envolve;
2. a inserção da saúde bucal na ESF, com ênfase para o campo de atuação da saúde bucal na atenção básica;
3. cobertura da ESF e da saúde bucal no Brasil, em Minas Gerais, em Montes Claros, exemplificando neste último com a equipe de saúde bucal do bairro Jardim Eldorado;
4. campo de atuação do Cirurgião Dentista na ESF, diante do perfil epidemiológico prevalente, abordando o perfil profissional mais encontrado;
5. desafios ao avanço desse processo.

SEÇÃO 1 – A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1. PROMOÇÃO DE SAÚDE

A promoção da saúde se apresenta como um novo paradigma para a saúde, constituindo a corrente dominante entre as autoridades mundiais no assunto, baseada na constatação de que o modelo de atenção à saúde assistencialista e curativista, não trabalha com os determinantes do processo saúde/doença e, portanto, não resolve os problemas de saúde.

Desde 1986, quando se realizou em Ottawa, Canadá, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde, uma certeza começou a se firmar entre tantos quantos militam no campo da saúde: o de que a promoção de saúde poderia ser um paradigma mais potente para o enfrentamento dos enormes problemas de saúde e efetivo na reorientação dos sistemas de saúde, em especial dos países em desenvolvimento.

Na Carta de Ottawa conceitua-se a promoção de saúde “como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. E acrescenta-se que “para atingir um estado de bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (BRASIL, 1996).

Esta Carta destacou cinco campos de ação na promoção da saúde (BRASIL, 1996):

- a) *elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;*
- b) *criação de ambientes favoráveis à saúde;*
- c) *reforço da ação comunitária;*
- d) *desenvolvimento de habilidades pessoais;*
- e) *reorientação dos sistemas e serviços de saúde.*

Dois destes campos de ação foram desenvolvidos em conferências posteriores.

A Declaração de Adelaide-Austrália, ocorrida em 1988, enfocou o primeiro campo de ação, o das *políticas públicas saudáveis*. Ela enfatizou:

a política pública por um meio ambiente saudável como pressuposto para vidas saudáveis; atribuiu responsabilidades pelas conseqüências de decisões políticas de todos os setores governamentais e especialmente os de caráter econômico sobre a saúde da população; e, finalmente afirma a responsabilidade internacionalista no campo da saúde, quando estabelece que, devido ao grande fosso existente entre países quanto ao nível de saúde, os países desenvolvidos têm a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas tenham o impacto positivo na saúde das nações em desenvolvimento (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996:7).

A Carta de Adelaide sinalizou as quatro áreas/ações seguintes como prioridades em *políticas públicas saudáveis* (BRASIL,1996)

- a) *apoio à saúde da mulher;*
- b) *alimentação e nutrição;*
- c) *tabaco e álcool;*
- d) *criação de ambientes favoráveis.*

Em 1991, em Sundsvall, Suécia, realizou-se a Terceira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Ela abordou a *criação de ambientes favoráveis à saúde*, dizendo que ambientes e saúde “são interdependentes e inseparáveis” e que atingir “estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e devem ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais” (BRASIL, 1996).

Em 1992, realizou-se em Santa Fé de Bogotá, Colômbia, a Conferência Internacional que inseriu no âmbito da América Latina o tema da promoção da saúde, abordando, em especial, os problemas da saúde latino-americana, reiterando “a necessidade de opção por novas alternativas nas ações de saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e da pobreza, ao que se superpõe o quadro causado pelas enfermidades da urbanização e da industrialização” (BRASIL, 1996).

1.2. ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com Mendes (2002), a formulação da Atenção Primária ou Básica se deu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, com o patrocínio da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância. Trata-se de um dos mais importantes eventos para a saúde pública, sendo um marco no rompimento do pensamento convencional sobre saúde. O lema da Declaração de Alma-Ata, “Saúde para todos no ano 2000”, propôs a reorganização dos sistemas de saúde por meio da Atenção Primária, facultando o acesso universal à assistência à saúde.

Atenção Primária à Saúde é uma estratégia organizativa da atenção à saúde, sustentada pelos seguintes princípios (STARFIELD, 2006):

- a) *Atenção generalizada, sem restrição a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde;*
- b) *Atenção acessível, integrada e continuada;*

- c) *Atenção centrada na pessoa e não na enfermidade;*
- d) *Atenção orientada à família e à comunidade;*
- e) *Atenção coordenada que inclui o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção;*
- f) *Atenção constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e ao bem-estar.*

No Brasil, ao invés de Atenção Primária, o Ministério da Saúde adotou a expressão Atenção Básica (AB). (BRASIL, 2006b)

A Atenção Básica abrange a promoção de saúde, a prevenção de doenças, até o diagnóstico, tratamento e a reabilitação, procurando agregar conhecimentos e práticas de várias áreas do conhecimento.

Werneck e colaboradores (2008:30-31) ressaltam que

a atenção básica, enquanto contato preferencial dos usuários com o SUS, constitui um nível importantíssimo do sistema de saúde, porém é necessário que ele esteja articulado com outros níveis, de média e alta complexidade, capazes de assegurar a integralidade da atenção, e garantir as respostas adequadas às necessidades dos usuários. Esses níveis de assistência deverão estar interligados por um sistema de referência e contra-referência e sustentados por um sistema de informação que lhes garanta a unicidade necessária.

Os principais programas que compõem a Atenção Básica no Brasil são (BRASIL, 2006a):

- a) Estratégia Saúde da Família – ESF;
- b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS;
- c) Assistência Farmacêutica Básica;
- d) Ações de Vigilância Sanitária;
- e) Ações de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças.

As metas consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde e que devem ser desenvolvidas neste nível de atenção são (SÃO PAULO, 2006):

- a) Eliminação da Hanseníase;
- b) Controle da Tuberculose;
- c) Controle da Hipertensão Arterial;
- d) Controle do Diabetes Mellitus;
- e) A Eliminação da Desnutrição Infantil;
- f) Ações de Saúde da Criança;
- g) Ações de Saúde da Mulher;
- h) Ações de Saúde do Idoso;
- i) Ações de Saúde Bucal; e

j) Promoção de Saúde.

1.3. SURGIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido a partir da Constituição Federal do Brasil de 1988. Nos anos seguintes, recebeu regulamentação através de leis e normas operacionais, incorporando estratégias para um novo modelo de atenção à saúde. (AZEVEDO, 2006)

Em 1991, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como primeiro passo para alterar o paradigma de atendimento, centrado então no médico, na doença e no consumo de medicamentos. O PACS obteve especial êxito, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. (FREITAS, 2005)

Em 1994, o Governo Federal criou o Programa Saúde da Família (PSF). O objetivo central era reorganizar a Atenção Primária ou Básica. O efeito prático pretendido era levar o modelo de assistência utilizado pelas equipes do PACS para outras categorias profissionais.

O PSF surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital. Antes a saúde privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. O PSF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com participação da comunidade.

Conforme Fontenelle (2008), o PSF foi concebido a partir de iniciativas brasileiras e alguma iniciativas internacionais mais adiantadas (como o *general practitioner* britânico e o médico de família cubano). Em seus primeiros anos, o então PSF foi implantado nos municípios do “Mapa da Fome”, sob o comando quase direto do Governo Federal, mas depois passou ao comando dos municípios, ocupando um papel cada vez mais importante no sistema de saúde, estendendo-se a todos os municípios do Brasil.

A implantação do PSF e do PACS, então, passou a ocorrer por adesão espontânea dos Estados e municípios que cumpriam os seguintes requisitos: estar habilitado na Norma Operacional Básica do SUS/NOB-SUS/96; elaborar projeto de implantação do PSF/PACS de acordo com as diretrizes do programa; ter aprovação da implantação do PSF/PACS pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS; garantir a inclusão da proposta de trabalho do PSF/PACS no Plano Municipal de Saúde; garantir a infra-estrutura de funcionamento da Unidade de Saúde do PSF; garantir a integração do PSF à rede de serviços de saúde complementares, de forma a assegurar a referência e contra-referência quando os problemas exigirem maior grau de complexidade para sua resolução; manter a organização de uma

equipe composta por (01) profissional médico, (01) profissional enfermeiro, (01) profissional auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); garantir a integração dos ACS na rede básica dentro da área de abrangência do PACS; garantir o programa de educação continuada para a equipe do PACS; ter (01) enfermeiro supervisor para cada 30 ACS, em parceria entre a União, Estados e municípios, co-responsáveis na proteção da saúde da população brasileira. (BRASIL, 2008)

Mais tarde, o PSF deixou de ser tratado como um “programa” e passou a ser concebido como uma “estratégia”, recebendo nova denominação: Estratégia Saúde da Família (ESF). (BRASIL, 2008)

Em 1993, surge a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS, que instituiu o processo de gestão necessário à efetivação da municipalização da saúde. Em 1996, a edição da NOB-SUS/96, propôs a reorientação do sistema de saúde brasileiro, organizando-o por meio da atenção básica, tendo a ESF como eixo estruturante desse processo. Dessa forma, a ESF constitui-se em um potente arcabouço normativo da atenção à saúde da população.

O Departamento de Atenção Básica Saúde da Família conceitua a ESF como “um projeto dinamizador do SUS” (BRASIL, 2008).

Os princípios que orientam o SUS foram estabelecidos pela Constituição Federal e pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 2007). São eles:

a) Integralidade, compreendida como um conjunto articulado e contínuo de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, assegurando uma atuação interdisciplinar entre as diferentes áreas que repercutem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos;

b) Equidade, que destaca a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos e a geração de ações estratégicas voltadas para a superação dessas desigualdades;

c) Universalidade, que explicita que todas as pessoas têm direito à saúde, por se tratar de direito de cidadania e dever das três esferas de governo: federal, estadual e municipal;

d) Participação popular, que estabelece o direito da população de participar das instâncias de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, e dos conselhos de saúde, que são as instâncias de controle social.

São princípios operacionais da Estratégia Saúde da Família: a descrição da clientela, a territorialização, o trabalho em equipe multiprofissional, intersetorialidade, planejamento

local e situacional das atividades a serem realizadas pelas equipes que integram a Estratégia Saúde da Família.

As características básicas do processo de trabalho da ESF são (BRASIL, 2006a):

- a) *Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;*
- b) *Definição do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;*
- c) *Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;*
- d) *Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;*
- e) *Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;*
- f) *Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;*
- g) *Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;*
- h) *Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e*
- i) *Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.*

1.4. SUS – LEIS ORGÂNICAS

O princípio norteador do SUS é a descentralização e municipalização das ações, dos serviços, do planejamento e dos recursos financeiros.

No artigo 198 da Constituição Federal estatui o SUS como “uma rede regionalizada e hierarquizada”, organizando as ações e serviços públicos de saúde de acordo com as diretrizes da descentralização (“com direção única em cada esfera de governo” – inciso I), integralidade

da atenção (“com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” – inciso II) e participação da comunidade (inciso III).

Em 19 de setembro 1990 nasceu a Lei Orgânica de Saúde: Lei 8.080. Ela deu ao município a ênfase na execução dos serviços, ficando a União e os Estados responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e fiscalização.

A Lei 8.142, também de 1990, regulamentou as transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para a cobertura das ações e serviços de saúde.

Em abril de 1993, surge a Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, propondo estratégias para disciplinar e facilitar o processo de descentralização dos serviços de saúde.

Em novembro de 1996, alterações na Norma Operacional Básica instituem o Piso Assistencial Básico (PAB) e mecanismos de estímulo e financiamento para as ações de vigilância da saúde e cuidados primários, especialmente o PSF e o PACS.

1.5. FUNCIONAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF é um método de reorganização da Atenção Básica desenvolvido a partir dos conceitos de responsabilização e territorialização. Cada equipe de ESF se responsabiliza por uma área geográfica definida, formando um campo de vigilância à saúde e permitindo acesso e vínculo com a população dessa respectiva área. Os profissionais que integram a ESF atuam de maneira a promover saúde, evitar as doenças, obter um diagnóstico precoce e tratar das doenças e agravos mais frequentes.

Werneck e colaboradores (2008:31) destacam que é “com base no conhecimento do território, dos problemas de saúde e da organização dos serviços que devem acontecer as ações da atenção básica”.

Para cada área circunscrita é designada uma Equipe de Saúde da Família, formada por 4 a 8 agentes comunitários de saúde, um médico generalista, um enfermeiro, um ou mais auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

Campos (1992) propõe que essa estruturação em território justifica-se em dois sentidos: o de “quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais” e o de responsabilizar “cada uma das equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los”, o que ocorrerá com a

vinculação de cada Equipe de Saúde da Família a um certo número de pacientes previamente inscritos.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são fundamentais na formação do vínculo entre a equipe e a comunidade situada no território. Eles devem fazer parte da população, o que é pré-requisito para a função. Os ACS se dividem em micro-áreas e fazem o cadastramento de cada família e cada pessoa de sua micro-área, incluindo pessoas com plano de saúde. A partir daí, fazem visitas mensais ou mais frequentes, trocando informações com as pessoas sobre como elas podem participar de uma assistência preventiva aos agravos da saúde, bem como ter assistência curativista. Identificadas eventuais demandas, estas são repassadas ao resto da equipe.

O médico de uma Equipe de Saúde da Família trabalha 40 horas por semana, assim como os outros membros da equipe. Quando uma situação de risco é identificada, ou há demanda espontânea, isto é, um cidadão faz uma queixa no campo da saúde, o médico da ESF é o primeiro a avaliá-la. Caso seja preciso, encaminhará o indivíduo a um especialista. Mesmo que o indivíduo seja encaminhado a um especialista, continua tendo vínculo com seu médico de família, pois o compromisso deste é com a pessoa, e não com a doença.

O SIAB é o sistema de informação da Atenção Básica, incluindo as ações realizadas por meio da Estratégia Saúde da Família. Por meio dele, é possível conhecer a realidade de um território. Realiza a coleta de dados a partir dos lançamentos seguintes e obrigatórios: procedimentos coletivos, atividade educativa em grupo e visitas domiciliares. (BRASIL, 2006b)

Os profissionais da ESF devem fazer preenchimento diário dos procedimentos e atividades realizados. Cada profissional tem seu mapa-diário individual, oferecendo subsídios para discutir a atuação de cada um.

SEÇÃO 2 – A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1. ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE BUCAL

Por longa parte da história da saúde no Brasil, a saúde bucal foi tema tratado de modo à parte do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, constata-se a formulação de políticas públicas preocupadas em reverter essa tendência, “observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde” (BRASIL, 2006b).

A política brasileira de saúde bucal está delineada pelo programa “Brasil Sorridente”, do Ministério da Saúde, e tem na Atenção Básica sua fundamentação.

Organizar as ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio a que se lança o BRASIL SORRIDENTE, na certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b:9)

Os princípios ordenadores da Atenção Primária ou Atenção Básica são (MINAS GERAIS, 2007):

a) Primeiro Contato: acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para o qual se procura atenção à saúde; é a acessibilidade considerando a estrutura disponível, a proximidade dos serviços da residência dos usuários;

b) Longitudinalidade: relaciona-se ao vínculo, à relação mútua e humanizada entre usuário e profissionais de saúde, e à contínua e regular oferta de serviços;

c) Abrangência ou Integralidade da Atenção: diz respeito às ações programadas e qual a adequação dessas ações às necessidades da população; liga-se à capacidade de resposta/solução às demandas, devendo-se encontrar equilíbrio entre a resolutividade clínica individual e as ações coletivas de caráter preventivo e promocional;

d) Coordenação: relaciona-se à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, com o acompanhamento do usuário no sistema e a garantia do seu acesso a outros níveis de atenção quando necessário, bem como a disponibilidade de informação acerca dos problemas de saúde e dos serviços prestados;

e) Centralização na Família: remete ao conhecimento de seus membros e dos problemas de saúde de cada um, reconhecendo-se a família como espaço singular;

f) Orientação Comunitária: abrange a definição e caracterização da comunidade, seus problemas de saúde, e a alteração dos programas para que venham abordar esses problemas, monitorando-se a efetividade dessas alterações; também se liga ao envolvimento da comunidade na gestão dos níveis de atenção.

Em 2004, o Ministério da Saúde apresentou as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, destacando (BRASIL, 2006b):

- a) *O cuidado como eixo de reorientação do modelo;*
- b) *A Humanização do processo de trabalho;*
- c) *A co-responsabilização dos serviços;*
- d) *O desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso;*
- e) *Desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras.*

2.2. CAMPO DE ATENÇÃO NA SAÚDE BUCAL

A Atenção Básica em saúde bucal vai muito além dos limites da boca, reclamando ações intersetoriais e educativas, a serem observadas pelas Equipes de Saúde Bucal, objetivando o fortalecimento dos indivíduos e das comunidades de modo a favorecer uma autonomia do controle do processo saúde-doença. (BRASIL, 2006b)

As ações educativas coletivas devem abordar (BRASIL, 2006b):

- (1) as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; (2) a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; (3) os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; (4) as orientações gerais sobre dieta; (5) a orientação para auto-exame da boca; (6) os cuidados imediatos após traumatismo dentário; (7) a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e, (8) a prevenção ao uso de álcool e fumo.

A educação em saúde bucal deve ser parte das atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde bucal.

São aspectos a serem observados na educação em saúde bucal (BRASIL, 2006):

- a) *Respeito à individualidade;*

- b) *Contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança;*
- c) *Respeito à cultura local;*
- d) *Respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática;*
- e) *Ética;*
- f) *Autopercepção de saúde bucal;*
- g) *Reflexão sanitária: o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde;*
- h) *Uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.*

SEÇÃO 3 – COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E DA SAÚDE BUCAL

3.1. NO BRASIL

3.1.1. Estratégia Saúde da Família

De acordo com Fontenelle (2008), em 1998, os repasses federais para a Atenção Básica passaram a se dar por habitante, e não por número de procedimentos. A partir daí, a ESF começou a se expandir vertiginosamente.

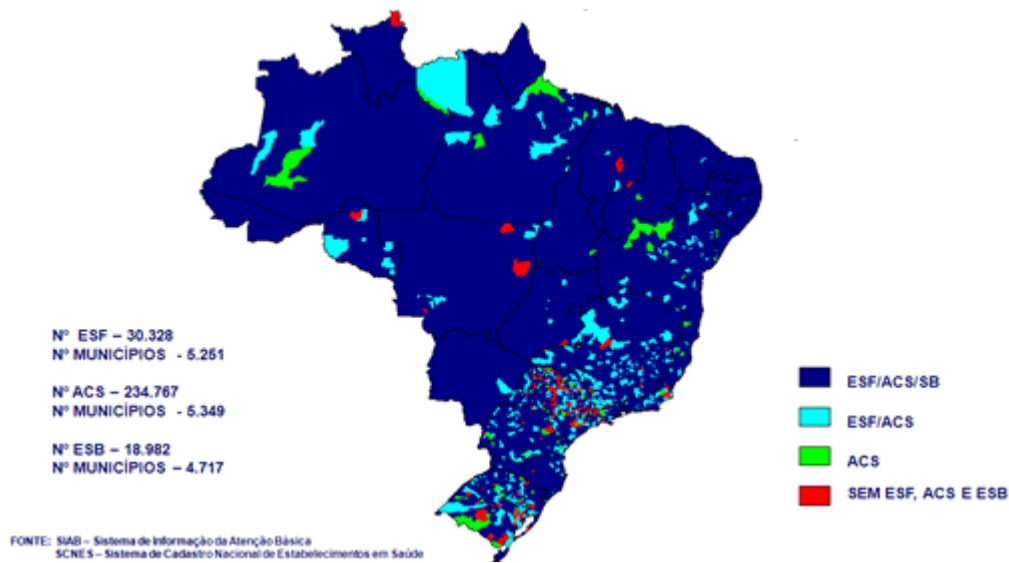
Em 2003, havia 19.000 Equipes de Saúde da Família no país, cobrindo 4,4 mil municípios. A cobertura nacional da ESF representada apenas 35,7% da população. Em 2004, a cobertura expandiu-se para 39%. Em 2005, para 44,4%. Nos anos de 2006 e 2007, a ampliação foi lenta, de 46,2% e 46,6%, respectivamente. (BARBOSA, 2006)

Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde em seu sítio na WEB, colecionados pelo Departamento de Atenção Básica, e atualizados até dezembro de 2009, informam que para uma população de 189.681.859 habitantes, o Brasil possui 5.251 municípios com ESF. (BRASIL, 2008)

O Ministério da Saúde tem cadastrados 38.630 Equipes de Saúde da Família, mas somente 30.328 estão implantadas. (BRASIL, 2008)

Este número importa numa cobertura de pouco mais de 96 milhões de habitantes, isto é, 50,69% da população brasileira.

O mapa abaixo (BRASIL, 2006c) revela a situação, no Brasil, em dezembro de 2009, da implantação territorial de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.



Pode-se observar que, territorialmente, a cobertura da saúde bucal atinge a maior parte do território brasileiro.

3.1.2. Saúde Bucal

A inserção da saúde bucal no ESF foi um evento importante na concretização do princípio da integralidade das ações em saúde. Com essa inserção, vem se processando também a mudança do modelo odontológico, anteriormente centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, passando a ter como base o território, a família e o domicílio.

Naturalmente, os serviços de saúde bucal são importantes para a coletividade. O que se questiona e deve ser alterado é a predominância dos aspectos curativos sobre os preventivos e os de promoção da saúde.

Dados do Ministério da Saúde mostram que nos quatro primeiros anos do atual governo federal foram implantadas 10514 novas equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, chegando a 14775 equipes atuando em 4 212 municípios, representando um aumento de mais de 246% no número de equipes. (BRASIL, 2006c)

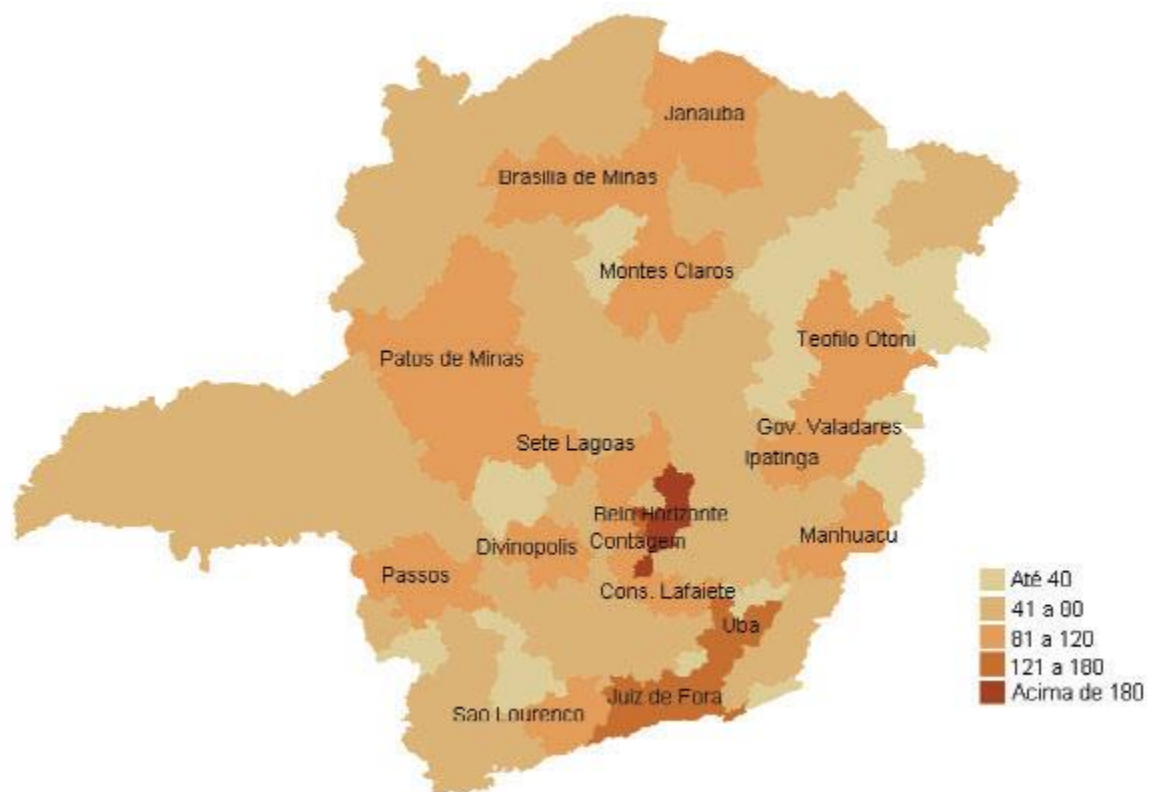
3.2. O EXEMPLO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

3.2.1. Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais

A Estratégia Saúde da Família foi implantada em Minas Gerais, assim como no Brasil, no ano de 1.994, por definição do Governo Federal e adesão do Governo Estadual. Minas Gerais iniciou, primeiramente, com 12 municípios e 54 equipes. Em 1.995, o PSF passou a fazer parte da política oficial do Governo do Estado de Minas Gerais como uma estratégia para a organização da Atenção Básica. (MINAS, 2010)

Nos anos posteriores, o PSF (depois ESF) apresentou um crescimento expressivo, encontrando-se agora em fase de consolidação. (MINAS, 2010)

Abaixo, visualiza-se o mapa das microrregiões de saúde do Estado e a distribuição das suas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Observa-se que na maior parte das microrregiões do Estado existem entre 41 e 80 UBS (MINAS GERAIS, 2006).



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais - 2006

Em confronto com sistema convencional, em 2006, a ESF representava o tipo de atendimento de 59% das unidades básicas de saúde de Minas Gerais. (MINAS, 2006)

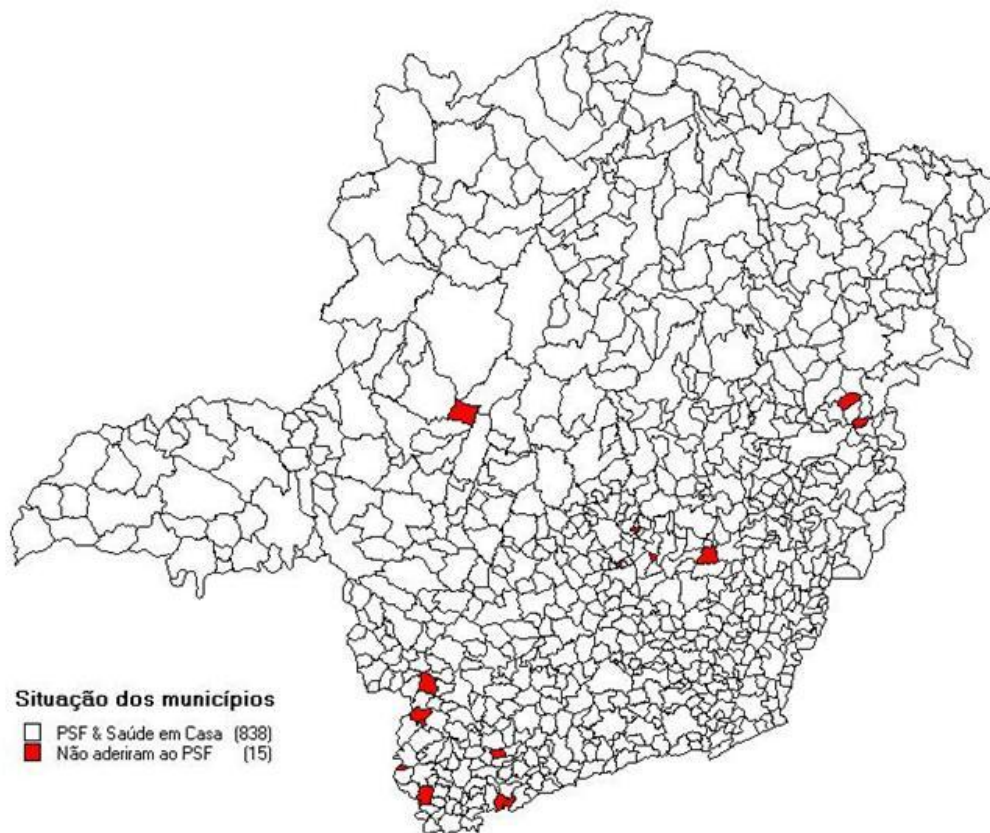
Do total de 5009 UBS, 2972 atendia pelo modelo da ESF, enquanto 1318 atendia pelo modelo convencional (26,3%), 719 atendendo simultaneamente pela ESF e sistema convencional (14,4%). (MINAS, 2006)

Em 2005, Minas Gerais lançou o programa Saúde em Casa, para ampliar e fortalecer a ESF. (MINAS, 2010)

Em março de 2009, Minas Gerais contava com uma cobertura de 97,9% dos seus municípios pela Estratégia Saúde da Família, com 3.806 equipes implantadas, distribuídas em 835 dos seus 853 municípios, com um total de 25.217 Agentes Comunitários de Saúde, responsáveis pelo atendimento de 13,1 milhões de pessoas. (MINAS, 2010)

Agora, em janeiro de 2010, são 3.983 equipes implantadas em 838 municípios, devendo chegar a 4.000 em dezembro de 2010 (MINAS GERAIS, 2010).

O mapa abaixo posiciona geograficamente os únicos 15 municípios que não aderiram à ESF ou Saúde em Casa (MINAS GERAIS, 2010).



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais - 2010

3.2.2. A Saúde Bucal na ESF em Minas Gerais

As Equipes de Saúde Bucal podem ter dois formatos. Na modalidade I, conta-se com um Cirurgião Dentista e um auxiliar de saúde bucal (ASB). Já na modalidade II, além destes dois profissionais, a equipe conta com um técnico de saúde bucal.

Assim como em todo o país, em Minas Gerais, as equipes de saúde bucal foram introduzidas na ESF por meio da Portaria GM nº1444, de 28 de dezembro de 2000, em processo que passou a ocorrer no início de 2001, sob a direção da Coordenação Estadual de Saúde Bucal (CSB).

De acordo com a constituição brasileira, o financiamento das ações de saúde bucal na ESF se dá de forma tripartite, devendo acontecer, em conjunto, por meio das três esferas de governo (federação, estados e municípios). O custeio das equipes é feito pelo município, devendo haver um aporte financeiro complementar da parte do Estado e do Ministério da Saúde (MS). O MS oferece um incentivo de R\$ 7.000,00 por equipe implantada, e fornece mensalmente um custeio de R\$ 2.000,00 para a modalidade I e R\$ 2.600,00 para a modalidade II. (MINISTÉRIO, 2008)

O governo estadual oferece um incentivo, através do projeto Saúde em Casa, criado em 2005 para reforçar e ampliar a ESF. O incentivo estadual pode ser utilizado para aquisição de equipamentos e material de consumo odontológico, utilizados na Atenção Básica. (MINISTÉRIO, 2008)

O desafio presente é igualar o número de equipes de Saúde Bucal, que atuam em Minas, ao número de equipes de Saúde da Família, ampliando a cobertura.

Atualmente, 3.799 equipes da Estratégia Saúde da Família atuam em 835 municípios de Minas Gerais, o que corresponde a uma cobertura de 97,9% dos municípios. Deste total, 2003 equipes de Saúde da Família possuem profissionais de Saúde Bucal, sendo 1596 na modalidade I (composta por cirurgião-dentista e auxiliar) e 407 na modalidade II (cirurgião-dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal). Dos 853 municípios de Minas, 640 possuem equipes de saúde bucal. Isto representa 75% de cobertura em serviços odontológicos. (MINAS, 2010)

Os municípios, para serem credenciados pelo Ministério da Saúde, devem apresentar, segundo o Decreto nº 648/2006 (item 6):

um projeto ao Conselho Municipal de Saúde especificando a área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente; descrevendo a estrutura mínima com que contarão as unidades de saúde onde atuarão as equipes de saúde bucal; definindo as ações mínimas do trabalho das mesmas equipes; apresentando uma proposta de fluxo de usuários para garantia de referências aos serviços

odontológicos de maior complexidade; definindo o processo de avaliação do trabalho; e descrevendo a forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais. (BRASIL, 2008)

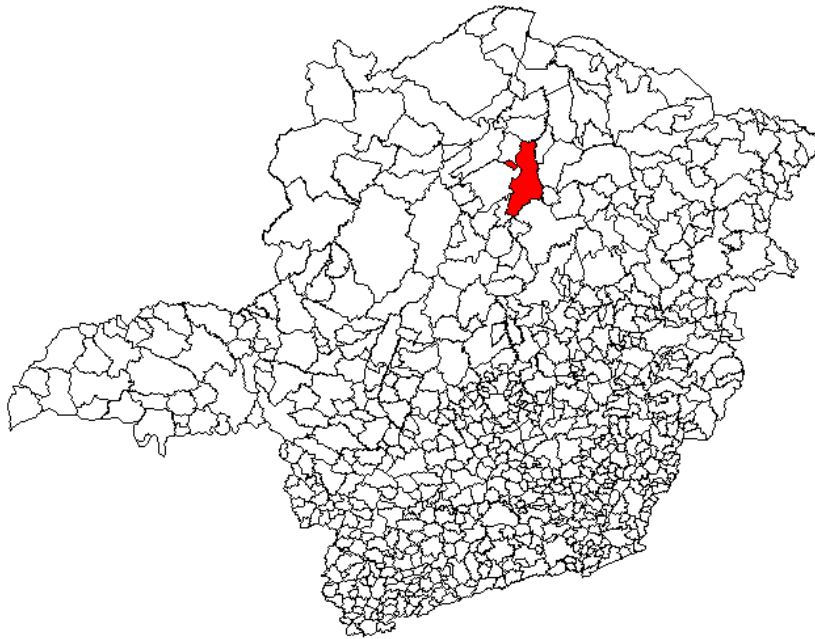
No processo de habilitação de novas equipes de saúde bucal na ESF, cada município deverá submeter a proposta à Secretaria Estadual de Saúde (SES), que terá um prazo de 30 dias para análise e envio à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se aprovado, será encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, para homologação.

3.3. O EXEMPLO DE MONTES CLAROS

3.3.1. Estratégia Saúde da Família em Montes Claros

O município de Montes Claros foi fundado em 3 de julho de 1857. Está localizado no norte do Estado de Minas Gerais, na Serra do Espinhaço, no Alto Médio São Francisco, na área mineira da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), e ocupa a condição de capital dos municípios do polígono mineiro da seca. É o quinto maior município do Estado e o segundo maior entroncamento rodoviário do país, ligando o Centro-oeste ao Nordeste do Brasil. É rico em manifestações folclóricas e possui boa infra-estrutura turística. É o principal centro urbano do Norte de Minas, e por esse motivo apresenta características de capital regional, pois seu raio de influência abrange todo o norte de Minas Gerais e parte do sul da Bahia.

Município de Montes Claros



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais - 2010

O município de Montes Claros possui uma extensão territorial de 3.576,76 Km², com 10 distritos e 133 comunidades rurais. Possui também áreas de assentamento (Miralta e Sanharó) e quilombola: comunidade de Peri, distrito de Aparecida do Mundo Novo. A estimativa da população total do município é de cerca de 390.000 habitantes. Apenas 19,56% da população tem plano de saúde, e 80,44% são usuários do SUS. Os pontos de atenção à saúde são: 15 UBS/Unidade Básica de Saúde; 03 Policlínicas; 48 equipes de ESF; 04 PACS; 01 Centro de Controle de Zoonoses; 01 Centro de referência DST/AIDS; 09 hospitais; 02 pronto-socorros; 08 Postos de Saúde (zona rural); 01 Centro de Especialidades Odontológicas CEO; 01 SAMU. (MONTES, 2010)

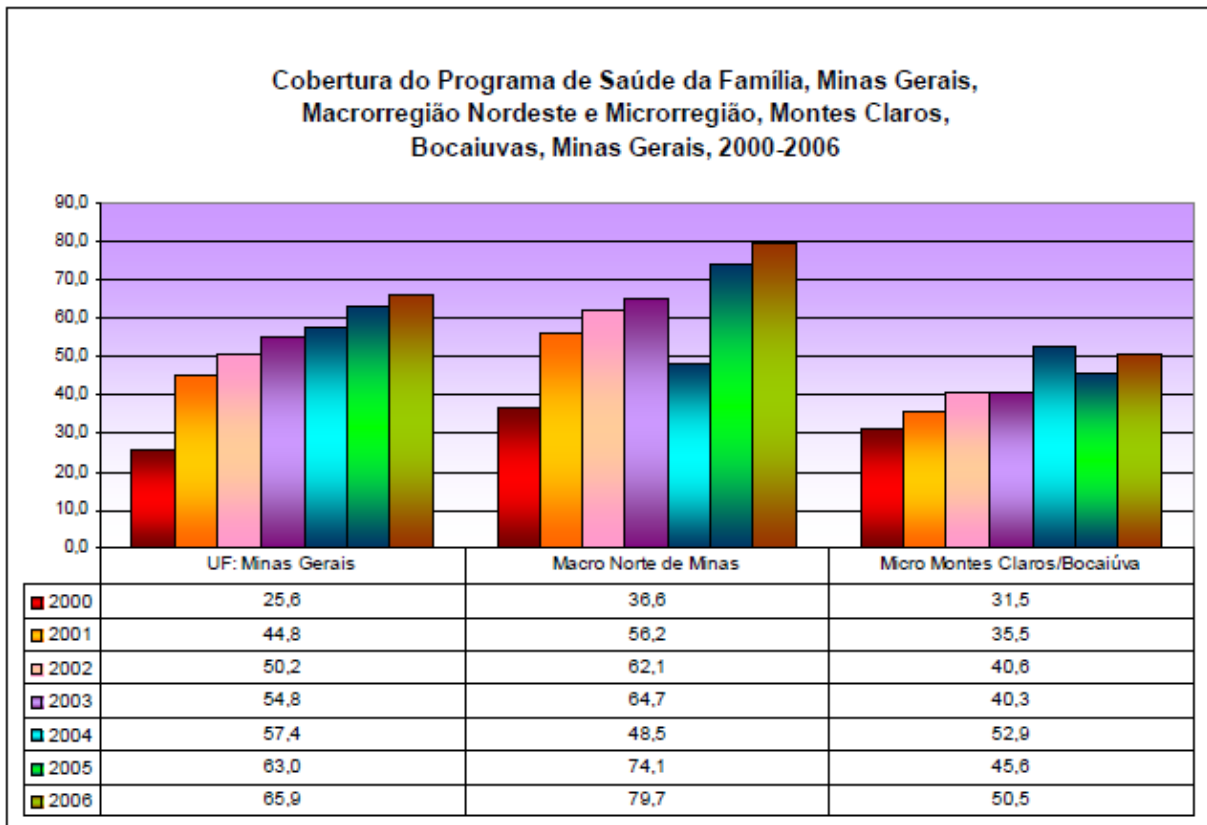
Um diagnóstico municipal relativo à classificação de risco social da população de Montes Claros revelou um número de 78.704 famílias; sendo classificadas como sem risco: 38.189; como baixo risco 20.805; como médio risco 15.427; e como alto risco 4.283.

A cobertura da Atenção Básica no município para o atendimento médico/enfermagem pelas equipes da ESF correspondente a 46% da população, enquanto 51,42% recebe cobertura pelas UBS tradicionais. Desde 1996, Montes Claros em sintonia com a proposta do Governo Federal e Estadual, vem aderindo à ESF, implantando de forma gradativa as suas equipes. Este processo iniciou-se com a implantação em 1996 de cinco equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e a partir de setembro de 1998 com a implantação de duas primeiras equipes de Programa de Saúde da Família (PSF). Desde então, o município

vem implantando de forma gradativa suas equipes da ESF, chegando ao final de 2000 com 18 equipes, sendo 17 na área urbana e 01 na área rural, que correspondia à época a uma cobertura de 22%. (MONTES, 2003)

O município contava em dezembro de 2007 com 48 equipes da ESF, sendo que 43 delas encontram-se na zona urbana e 05 na zona rural, o que conferia ao município um percentual de cobertura de 41% de sua população pela Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2008b)

Em 2003, o município de Montes Claros havia assinado um convênio com o Ministério da Saúde (MS), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família), que requeria como responsabilidade do município, dentre outras coisas, o alcance da meta de cobertura de mais de 70% da população até final do ano de 2006. (MONTES, 2003)



Fonte: SIAB/CMD/SE/SESMG/SUS

3.3.2. Saúde Bucal em Montes Claros

As equipes de saúde bucal foram implantadas a partir de 2005, com apenas 12 equipes de saúde bucal. Recentemente, expandiu-se para 44 equipes, espalhadas em diversos bairros, sendo 37 de Modalidade I e 07 de Modalidade II. Dos 210 bairros de Montes Claros, apenas

44 estão contemplados com equipes de saúde bucal. (Arquivos da Divisão de Odontologia da Secretaria de Saúde de Montes Claros)



Vista aérea de Montes Claros.

3.3.2.1. Equipe Saúde Bucal do Bairro Jardim Eldorado

Como exemplo do desenvolvimento das equipes de saúde bucal no município, pode-se tomar em referência a do bairro Jardim Eldorado, a primeira a ser implantada entre as 12 equipes iniciais, e onde a autora deste estudo atua como cirurgiã dentista.

O bairro Jardim Eldorado surgiu na década de 60, no local em que existia uma fazenda. Teve como primeiros moradores, migrantes de cidades próximas ou de outras fazendas que vinham trabalhar naquela área.

A Estratégia Saúde da Família do Grande Eldorado surgiu em março de 2000, apesar de ter sido formalizada em 1998, numa perspectiva de reestruturação do nível primário de saúde, proporcionando uma abordagem biopsicosocial do ser humano no contexto familiar.

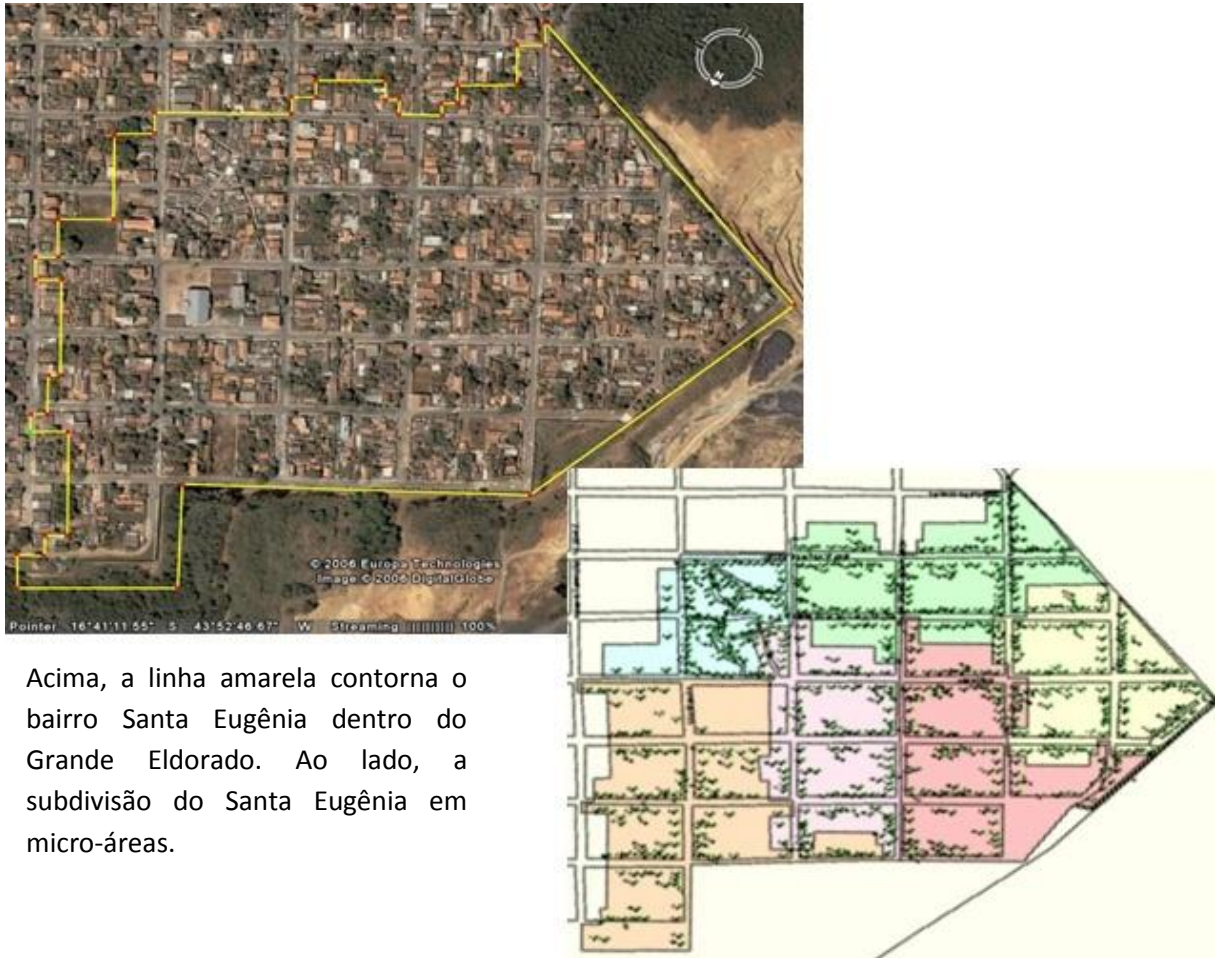
O grande Eldorado engloba os bairros: Eldorado, Santa Eugênia, Nova Morada, Vila Alice, Vila Áurea 1 e 2, Vila Cedro e Vila Castelo Branco. Conta atualmente com a cobertura de quatro equipes da ESF, abrangendo uma população de aproximadamente 15.000 pessoas.

A equipe de saúde bucal só foi formada em 1º de agosto de 2005, embora a saúde bucal seja uma das maiores necessidades daquela comunidade.

As equipes da ESF estão divididas por áreas, sendo uma delas a do bairro Santa Eugênia, com aproximadamente 800 famílias. Até o final de 2009, as equipes de saúde bucal atenderam cerca de 500 famílias, divididas por idades e grupos de risco. (Arquivos da Divisão de Odontologia da Secretaria de Saúde de Montes Claros)

O plano de ação executado pela cirurgiã dentista que atua na equipe de saúde bucal do bairro Santa Eugênia (e autora deste trabalho) abrange:

- a) Visitas domiciliares;
- b) Palestras sobre “Saúde Bucal”;
- c) Exposições dialogadas abordando temas relacionados a alguma comemoração, como “Dia da Mulher”, etc.;
- d) Participação no grupo de idosos “Idade de Ouro”;
- e) Participação nos grupos operativos que acontecem na UBS (diabéticos, hipertensos, adolescentes, planejamento familiar, gestantes) e ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal;
- f) Escovação, realização de oficinas, filmes, teatros e tratamento restaurador atraumático (ART) na creche CEMEI – Casinha Feliz;
- g) Oficinas junto aos adolescentes do Projeto “Fica Vivo”;
- h) Diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico de saúde bucal da comunidade para planejamento;
- i) Atendimento aos procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, no consultório da UBS;
- j) atendimentos de urgência/emergência odontológicas;
- k) Encaminhamento e orientação aos usuários que apresentarem problemas mais complexos e outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.



Acima, a linha amarela contorna o bairro Santa Eugênia dentro do Grande Eldorado. Ao lado, a subdivisão do Santa Eugênia em micro-áreas.

SEÇÃO 4 – ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

4.1. DETERMINANTES DA SAÚDE BUCAL

De acordo com o paradigma da promoção de saúde, vários são os fatores que interferem na saúde ou na doença do indivíduo, a saber: o biológico, o estilo de vida (hábitos, sociedade a que pertence), o ambiente (econômico, social e cultural) e o acesso a serviços de qualidade (PALMIER, 2008).

Uma dieta cariogênica ou escovação inadequada não são fatores suficientes para definir a doença da cárie. O estilo de vida, padrões comportamentais individuais e coletivos, o acesso aos serviços e o ambiente são fatores que influenciam a manifestação patológica. Mesmo a renda e a educação surgem como determinantes da saúde. Óbvio que necessidades alimentares não satisfeitas comprometem a saúde bucal. O nível de educação pode definir a satisfação/insatisfação estética e funcional, e afeta a consciência no controle do comportamento e das escolhas capazes de influenciar na saúde (PALMIER, 2008).

O enfoque da saúde deveria “ser ‘de dentro para fora’ do ser humano, em que o que mais conta é o subjetivismo do indivíduo, sua vontade. Com isso, pode-se dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (PALMIER, 2008).

4.2. DIAGNÓSTICO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

O SB-Brasil, finalizado em 2003, é o maior levantamento de saúde bucal do país (BRASIL, 2004). Ele apresentou dados sobre a situação da saúde bucal em Minas Gerais, que seguem adiante.

Em relação à cárie dentária, quase 22% das crianças de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo comprometido por cárie, sendo que aos 5 anos essa proporção aumentou para 52,3%. O índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos foi de 2,01%; nos adolescentes (15 a 19 anos) foi de 5,90%; nos adultos (35 a 44 anos) foi de 20,78%; e nos idosos (65 a 74 anos) foi de 29,19%. (BRASIL, 2004)

Em relação à perda dentária, aos 18 anos 4% já estavam completamente desdentados. (BRASIL, 2004)

Entre os adultos, 17,3% não possuíam nenhum dente funcional, e, desses, 27,7% necessitavam de, pelo menos, uma prótese total removível (superior ou inferior). Apenas

55,9% dos adultos possuíam no mínimo 20 dentes. Entre os idosos a situação é bastante crítica: de um total de 32 dentes, 28 dentes já foram perdidos, em média por pessoa. Somente 5,5% possuíam no mínimo 20 dentes e 72,3% eram desdentados sendo que, destes, 55,9% necessitavam pelo menos uma prótese total removível. (BRASIL, 2004)

Dados relativos à condição periodontal mostraram que apenas cerca de 18% dos adultos e 4% dos idosos apresentaram gengivas saudáveis, isto é, sem sinais de doença periodontal. O cálculo dental foi a condição mais observada entre esses dois grupos etários. Também foi observada a presença de bolsa periodontal igual ou maior que 4mm em 13,3% dos adultos e 5,1% dos idosos. (BRASIL, 2004)

O câncer bucal é hoje um importante problema de saúde pública com mais de 200.000 novos casos a cada ano no mundo. No Brasil, o levantamento SB Brasil 2003 não incluiu dado a esse respeito, o que será feito no SB Brasil 2010, o novo levantamento que está em execução. Entretanto, o Estado de Minas Gerais desenvolveu, paralelamente ao estudo nacional, outro, específico e regional, sobre lesões fundamentais da doença. Nele foram encontradas uma ou mais lesões suspeitas em aproximadamente 26% dos pacientes examinados. (PALMIER, 2008)

A partir da análise do SB Brasil 2003, descobriu-se que o poder público estava investindo no momento errado, isto é, depois que a doença acontecia. Deste conhecimento, surgiu um segundo modelo que incluía obrigatoriamente medidas preventivas no serviço. (PALMIER, 2008)

Em apoio à Atenção Básica, a Portaria nº 1570, de 29 de julho de 2004, criou os Centros de Especialidades Odontológicas/CEO e estabeleceu normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centro de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. (PALMIER, 2008)

4.3. A ATUAÇÃO DO DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF exige um profissional de formação mais completa, conscientizado das tendências da odontologia contemporânea, estruturada nas evidências científicas, na participação do paciente nas decisões quanto ao tratamento. Reclama-se um profissional adaptável à abordagem multiprofissional e interdisciplinar, atendo aos aspectos epidemiológicos, sociais e culturais dos pacientes e seus agravos.

Diante desse perfil profissional necessário à ESF, o Ministério da Saúde vem promovendo a capacitação de profissionais para atuarem na ESF, num processo de educação

permanente, articulado com universidades, secretarias estaduais e municipais, por meio de cursos de especialização e residências em Saúde da Família.

A Portaria nº 648 do MS, de 28 de março de 2006, dispõe sobre o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, o processo de trabalho da Saúde da Família, e entre as atribuições de outros profissionais, lista as atribuições dos dentistas na ESF, conforme se vê no Anexo I, item 2: “Do Cirurgião Dentista”:

- a) *Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal;*
- b) *Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico de saúde bucal da comunidade para planejamento;*
- c) *Realizar atendimentos de urgência/emergência odontológicas;*
- d) *Definir prioridades junto com a equipe e a comunidade;*
- e) *Executar as ações de atenção integral, aliando a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com planos de prioridades locais, com resolubilidade;*
- f) *Coordenar e participar de ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal;*
- g) *Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo Técnico em Saúde Bucal (TSB) e pelo ASB;*
- h) *Contribuir e participar das atividades de educação permanente do TSB, ASB e ESF;*
- i) *Fornecer os dados sobre os procedimentos de sua competência realizados para registro no sistema de informação (SIAB e SIA) e acompanhar o seu lançamento;*
- j) *Participar de pactos para qualificação e resolubilidade do serviço, incluindo o pacto da Atenção Básica;*
- k) *Fortalecer o controle social com o fornecimento de informações sobre saúde bucal e tomada de decisões conjunta com a comunidade;*
- l) *Fornecer informações sobre saúde bucal para pessoas em posição estratégica de decisão em favor de políticas públicas que possam interferir sobre os determinantes de saúde bucal;*
- m) *Encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.*

4.4. PERFIL GERAL DOS DENTISTAS EM ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No aspecto perfil profissional, extrai-se dos estudos consultados que há constatada carência de qualificação dos profissionais envolvidos nas equipes do ESF. De ordinário, os cirurgiões dentistas têm perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica e reforçado pela própria expectativa da comunidade, bem como pela gestão do serviço, todos preocupados em priorizar o atendimento clínico. A maioria dos profissionais não possui especialização, e os que têm tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada na ESF. Analistas da saúde pública tem observado que expressiva porcentagem dos cirurgiões dentistas na ESF negligenciam o cumprimento da carga horária preconizada pelo Ministério da Saúde, como também a participação em cursos de capacitação. Tais profissionais revelam-se despreparados para compreender e socializar informações educativas, e quando o fazem é de forma autoritária, mostrando falta de treinamento de toda a equipe. (CERICATO, 2007)

Quanto ao ingresso dos cirurgiões dentistas nas equipes da ESF, os especialistas têm observado que, em sua maioria, acontece sem processo seletivo, sendo definido por relações sociais e políticas. Assim, a seleção é realizada de forma precária, o que compromete a consolidação do programa, verificando-se constantes trocas de profissionais, o que impede a criação de vínculo com o serviço. Esses aspectos interferem no tipo de trabalho realizado e no compromisso do cirurgião dentista com o trabalho e com a comunidade. (CERICATO, 2007)

DISCUSSÃO

Em sua essência, a ESF propõe uma ampliação da Atenção Básica e uma profunda mudança no paradigma da saúde pública no Brasil. O que se espera é que, de forma progressiva, seja possível transformar a prática vigente, assistencialista, curativista, hospitalocêntrica, em ações preventivo-promocionais, protegendo a vida e o homem, mudando o foco da “cura” para entronizar o “controle e a autonomia”

Um dos princípios fundamentais que orientam a ESF é o Caráter Substitutivo, que importa na substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde. (BRASIL, 2008)

Apesar da proliferação da ESF pelos municípios brasileiros, aproximando-se da implantação de 40.000 equipes de ESF, a mudança do paradigma é lenta e pode-se observar que a filosofia da ESF ainda não é bem compreendida e/ou aplicada, pouco alterando a realidade a que se propõe modificar. (BRASIL, 2008)

De acordo com a observação empírica da autora deste estudo, uma das razões para o insucesso parcial está na falta de clareza quanto ao que é a ESF por parte dos regentes do poder executivo, nas suas várias esferas, federal, estadual e municipal. Muitos ocupantes de cargos do poder executivo ainda cultivam clientela ao invés de fomentar cidadania, preferindo a clínica médica e odontológica curativa à preventiva e promocional, pois aquela repercute melhor nas urnas e proporciona maior crescimento do prestígio/influência dos “fornecedores”.

Por outro lado, e porque a ESF representa uma abordagem diferenciada no campo da saúde coletiva, seu sucesso está condicionado ao perfil dos profissionais que atuam na Atenção Básica. A ESF é uma forma de consciência de atuar, e essa forma de consciência necessita ser assimilada por parte dos seus concretizadores.

O confronto entre os itens 4.3 e 4.4 revela grande descompasso entre o que deveria ser e o que está sendo. A Portaria nº 648/2006 enumerou mais de uma dezena de atribuições ao dentista integrado na ESF, reunindo procedimentos que visam perceber a comunidade e seus problemas de forma holística. No entanto, é possível afirmar que o perfil dos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF pouco se ajuste aos seus princípios e diretrizes mais importantes.

O atendimento das equipes de saúde bucal ocorre ainda, em grande parte, por demanda, curativo e individual. (CERICATO, 2007)

Porém, a grande inovação da ESF é justamente pretender, com suas diretrizes, romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender as ações de saúde para toda a comunidade. As equipes de Saúde da Família devem se preocupar em atender não somente à

demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde (fundamentadas no referencial teórico da promoção). Para tanto, é preciso que essas equipes conheçam verdadeiramente o território ao qual estão designadas, isto é, conheçam as pessoas que o habitam.

Uma equipe de Saúde da Família não significa somente um grupo de médicos, enfermeiros, técnicos de auxiliar de enfermagem, agentes comunitários, etc. Significa, mais além, um grupo de profissionais engajados numa proposta multidisciplinar de ocupar territorialmente uma comunidade com a filosofia e metodologia da ESF, de modo que a própria população compreenda suas metas.

Também, incluir dentistas e seus auxiliares não significa inserir saúde bucal na ESF, se estes não se compenetraram da real função que deles se espera, qual seja: alterar o quadro epidemiológico de um território, propiciando acesso mais satisfatório e mais equânime à saúde; melhorar a assistência à população, integrando essa população a um sistema de saúde eficiente; inclusive, dotando-a de condições de autoproteção para se tornar agente da própria melhoria da qualidade de vida.

Por isso, a ESF sugere trabalhar com a família num relacionamento cooperativo, disponibilizando conhecimentos científicos, mas com humildade para aprender, habilidade para observar e comunicar esses conhecimentos.

A dimensão decisiva da ESF é o cuidado. Cuidar não é apenas vigiar, manter-se à espera de sintomas ou afastá-los com procedimentos restaurativos; é principalmente gerar uma dinâmica educativo-preventiva e promocional junto à comunidade.

É necessário avançar com a idéia de *empowerment*, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e conscientização política da comunidade. O processo de trabalho dos profissionais da ESF deve se converter num veículo da “empoderamento” da população. Isso significa instituir no processo de educação em saúde uma perspectiva de participação social, enquanto uma estratégia para constituição de sujeitos ativos, “que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador” (BESEN, 2007).

Programas públicos de ações assistencialistas e restaurativas, caros e de pouco impacto na erradicação dos agravos à saúde, são os responsáveis pelos números dramáticos apresentados pelo SB-Brasil 2003, que evidenciam que menos de 30% da população brasileira possui um saúde bucal razoável. (BRASIL, 2004)

A inserção da saúde bucal na ESF precisa facultar acesso universal ao tratamento curativo, mas, sobretudo, fomentar um processo educativo participativo que possibilite a construção de autonomia dos sujeitos quanto à sua saúde bucal.

A realidade, todavia, informa que o acesso ainda é precário, extensivo a menos de 51% da população, e a qualidade desse acesso está distante de patamares razoáveis. (BRASIL, 2004)

Em Minas Gerais, Estado dos mais ricos da Federação, a cobertura da ESF abrange quase 98% dos municípios. Entretanto, somente 65% da população estão diretamente beneficiadas com a ESF. (MINAS, 2010)

No Norte de Minas Gerais, Montes Claros (cidade pólo e a quinta cidade do Estado), já não acompanha sequer esse percentual. Dos 210 bairros da cidade, apenas 44 dispõem de cobertura da ESF. (MONTES, 2010)

Se a cobertura por municípios do país avançou de maneira eficiente, a quantidade de Equipes de Saúde da Família ainda está distante do ideal. Mesmo assim, não há dúvida de que a ESF é um modelo teoricamente forte e de metodologia eficiente, e que deve ficar. Aliás, há muito tempo a ESF deixou de ser um programa de governo e se transformou numa estratégia do Estado. Bem por isso, a Organização Mundial de Saúde em seu Relatório Mundial da Saúde de 2008, citou o Brasil como um exemplo a ser seguido.

Tão importante quanto a conquista de uma cobertura mais inclusiva da população é a realização da proposta da ESF em relação ao modelo de atenção saúde. Para que a ESF venha de fato romper com a dinâmica medicocentrada, dominante no sistema de saúde, será preciso incentivar a formação de profissionais desde a graduação conscientizados da filosofia da ESF, contrabalançando a visão intervencionista e curativista, dominante nas universidades.

A formação dos profissionais de saúde é um dos problemas centrais da ESF.

Neste sentido Werneck e colaboradores afirmam:

A efetivação das ações da atenção básica depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de formar/manter profissionais com habilidades e competência que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político. A constituição de espaços de educação permanente – núcleos, pólos, coordenadorias etc. e a proximidade com instituições de ensino de níveis médio e superior poderão garantir o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, a instituição de um campo propício ao desenvolvimento da pesquisa e do conhecimento científico, bem como uma formação acadêmica direcionada para a realidade sociocultural de cada região do País. (2008:31)

No mesmo sentido, Besen (2007) sugere que não apenas os profissionais das equipes da ESF sejam capacitados num processo adequado de educação permanente. Esta educação deve ser facultada desde a graduação, de modo que se dê em conformidade com o modelo social de saúde, preparando o futuro profissional para trabalhar na ESF/SUS. É preciso haver

uma articulação do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação e Cultura a fim de efetivar uma reforma curricular que venha atender as necessidades da saúde pública.

Enfim, o modo de assistir as pessoas na ESF está profundamente ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde e à construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção da saúde bucal na ESF significa a consecução de um direito para os cidadãos e para os profissionais. Porém, para acontecer de fato, ainda necessita superar alguns desafios.

A inclusão da saúde bucal (SB) na Estratégia da Saúde da Família (ESF) constitui um avanço na reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica, representando a incorporação do conceito de saúde bucal como um componente da saúde em seu sentido mais amplo.

A abordagem da Estratégia Saúde da Família em relação ao trabalho do cirurgião dentista vai muito além do trabalho clínico, quando se pensa na saúde de forma integral e ampliada. No entanto, a formação acadêmica dos profissionais de saúde bucal não contempla ainda estas questões, ou contempla-as apenas de forma pontual e isolada, o que se reflete em falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a vivência do paradigma de promoção de saúde. Há necessidade de motivar os profissionais de saúde bucal inseridos na ESF para que reflitam e redirecionem suas práticas tendo, como referência, o investimento na educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas.

Mudar a prática odontológica tradicional constitui um enorme desafio, pois, tanto ela encontra-se arraigada na conduta do cirurgião dentista (desde a formação acadêmica até sua atuação profissional, predominantemente centrada na clínica), quanto simboliza a própria expectativa da comunidade e dos gestores que se baseiam nela para estabelecer suas respectivas condutas em relação aos serviços de saúde bucal.

É possível inferir que a implantação das equipes de saúde bucal na ESF encontra-se em fase distante do ideal, muito pouco influenciando a mudança do paradigma de uma saúde bucal curativista para um modelo de promoção de saúde.

Observa-se uma dificuldade na seleção dos cirurgiões dentistas que irão integrar as equipes da ESF, uma vez que, em sua maioria, essa entrada vem sendo realizada sem processo seletivo, sendo definida por relações sociais e políticas. Assim, a seleção é realizada de forma precária, o que compromete a consolidação da ESF.

Há também a constante troca de profissionais da saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família, por remanejamento ou desistência, o que impede que criem vínculo com o serviço e a comunidade. Esses aspectos interferem no tipo de trabalho realizado e no comprometimento que o cirurgião dentista estabelece com o seu trabalho e com a comunidade.

É fundamental a organização da Atenção em Saúde Bucal através de ferramentas do planejamento estratégico que, utilizando-se de critérios para priorização, permitam realizar essa proposta. Quando os serviços conseguem apropriar-se dessa tecnologia, e priorizam de maneira compartilhada com a comunidade suas prioridades, todos se beneficiam.

Uma questão preocupante se refere ao financiamento da saúde. Em primeiro lugar para superar os problemas de saúde no País, é fundamental que o Estado priorize as políticas públicas capazes de garantir a melhoria da qualidade de vida, principalmente das populações mais carentes. Assim, como parte desta priorização, é necessário investir nas políticas de saúde. Porém, no Brasil, os investimentos em saúde pública ainda são insuficientes para sustentar todas as mudanças demandadas pelos serviços. De forma direta, apesar da política de incentivos financeiros, esta situação acaba por afetar o desenvolvimento e a potencialidade das ações produzidas pela ESF.

Os determinantes de saúde devem nortear a prática em saúde, especialmente na Atenção Básica à saúde, que se propõe ser a porta de entrada ao acesso nos demais níveis de assistência.

É fundamental o desenvolvimento de ações que visem à redução de indicadores da cárie na população infantil, adulta e idosa, priorizando grupos de risco, como também a inclusão de ações que possibilitem a prevenção e a detecção precoce da doença cárie.

Um dos mais importantes aspectos da organização da Atenção Básica em saúde através da ESF é o vínculo entre profissionais, equipe e comunidade.

Falar em vínculo é muito mais que simplesmente conhecer os moradores de sua área. É saber identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho, de comunidade. É conhecer suas atividades, sua exposição ao estresse, seu padrão alimentar. Enfim, é conhecer os fatores que possam estar interferindo na sua qualidade de vida. O vínculo dá uma nova perspectiva na atitude frente a determinados problemas de saúde.

É fundamental que a população seja estimulada ao auto cuidado quanto às patologias bucais, bem como à prevenção e promoção de saúde, e, sempre que necessário, que tenha a possibilidade de acessar um dos membros da equipe de saúde bucal.

É fundamental também o acompanhamento dos dados, para posteriormente consolidá-los e utilizá-los como base para o planejamento e o redirecionamento das ações.

O sucesso da ESF depende, antes de tudo, de uma mudança na atitude dos profissionais de Saúde Bucal que atuem na Atenção Básica.

Apesar das dificuldades, há mudanças positivas importantes ocorrendo na saúde pública bucal através da inserção da odontologia na ESF. Existem ainda muitos obstáculos a

serem transpostos para a maximização dos serviços odontológicos na ESF, visando o progresso da saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população. Não há dúvida, porém, que a ESF é um ótimo caminho.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO A.L.M, BARBOSA M.G.M.M., SANTOS J.S. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB – resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde. RBMFC. 2006. Disponível em: <HTTP://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/3a80aac1/04rbmfc06artigo02.pdf>. Acesso em: 03 set. 2009.

BARBOSA A.C.Q., RODRIGUES J.M. Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2006.

BESSEN, C.B. *et al.* A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, jan/abril 2007. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 4 nov. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução: Luiz Eduardo Fonseca. Brasília. 1996. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>. Acesso em: 22 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAB. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003; resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006a. 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). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 16 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica /Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília: 2006b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 16 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica /Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília: 2006c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 16 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caminhos do Direito à Saúde no Brasil. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>. Acesso em: 22 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAB. Atenção Básica e a Saúde da Família. 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 18 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cnesnet. Secretaria de Atenção a Saúde. DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2008b. Disponível em: <HTTP://cnes.datasus.gov.br/ModIndEquipes.asp.?VEstado+31&VComp=>. Acesso: 12 dez. 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CERICATO G.O. *et al.* A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (RFO)**, v. 12. n.3, p. 18-23, set./dez 2007.

FONTENELLE, Leonardo. Estratégia de Saúde da Família (ESF). Kanzler Melo Psicologia. 2008. Disponível em: <HTTP://kanzlermelo.wordpress.com/2008/12/26/estrategia-de-saude-da-familia-esf/>. Acesso em: 24 out. 2009.

FRANCO, T. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-line. 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em: 11 dez. 2009.

FREITAS F.P., PINTO I.C. Percepção da equipe da saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB. Rev. Latino-americano Enfermagem. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a13.pdf>. Acesso em 11 dez.2009.

INSTITUTO DE SAÚDE. **Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo**. São Paulo: 2006. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/livro/sismasus.pdf>. Acesso em: 14 out. 2009.

LAKATUS, Eva. M. & Marconi, Marina A. Técnicas de pesquisa planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados. São Paulo: Atlas, 4 ed., 1985.

MARA V. *et al.* Saúde Bucal no Contexto da Atenção à Saúde. Saúde do Adulto. Belo Horizonte: Editora Coopmed – Nescon UFMG, 2008.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINISTÉRIO credencial mais 75 equipes em Minas Gerais. **Farol Comunitário**. 16/10/2008. Disponível em: http://www.farolcomunitario.com.br/saude_000_0040.htm. Acesso em: 22 jan. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Projeto Saúde em Casa. Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina Análise da Atenção Primária à Saúde no Município. Guia do Participante. 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Portal de Informações. Programa Saúde em Casa. 2010. Disponível: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa. Acesso em: 28 jan. 2010.

MONTES CLAROS. A cidade. 2010. Disponível em: [HTTP://www.montesclaros.mg.gov.br/](http://www.montesclaros.mg.gov.br/). Acesso: 03 jan. 2010

MONTES CLAROS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família**, PROESF/DIESF, 2003.

PALMIER A.C. *et al.* **Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica à Saúde. Saúde do Adulto**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. *Internacional Journal of Health Services*. Inglaterra: v. 13, n. 3, p. 545-566, 2001, apud INSTITUTO DE SAÚDE. Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo. São Paulo: 2006. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/livro/sismasus.pdf>. Acesso em: 14 out. 2009.

WERNECK M.A.F. *et al.* **Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 2: modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2008.