

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

**MARISTANE APARECIDA NEIVA**

**A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS  
DIFICULDADES NA INSERÇÃO DA EQUIPE ODONTOLÓGICA**

**ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS**

**2011**

**MARISTANE APARECIDA NEIVA**

**A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS  
DIFICULDADES NA INSERÇÃO DA EQUIPE ODONTOLÓGICA**

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

Orientadora: Viviane Elisângela Gomes

**ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS**

**2011**

## **RESUMO**

A odontologia vive um processo de transição onde ocorre a reorganização do modelo de assistência à saúde bucal adequando-o aos princípios do Sistema Único de Saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família. Os profissionais passam a dimensionar a sua atuação deixando de atuar de forma exclusivamente tecnicista e curativa, passando a exercer um trabalho em equipe, enxergando o paciente de antes como um indivíduo, percebido no seu contexto social, comunitário, familiar e a ele aliado seus problemas, suas crenças, seus valores. Toda esta rede de fatores substanciando e interagindo na sua saúde ou doença. As mudanças no trabalho do cirurgião-dentista pedem mais proximidade com o usuário, vínculo, acolhimento, promovendo saúde de uma forma que ocasione mudanças e autonomia do usuário em relação à sua saúde bucal.

## **ABSTRACT**

Dentistry is undergoing a process of transition where the reorganization occurs via the SUS program's strategy of family health. Moreover professionals still form, prepare for work more technical and curative, with great difficulty of working in a team entered in a community. The individual in the new approach should be perceived in its social, community, family and ally him their problems, their beliefs, values and substantiating it all interacting in their health or illness. Changes in the work of the dentist ask for more closeness the user, link, hosting, promoting health in a way that causes changes and user autonomy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>05</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>06</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>07</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>4.1 A saúde bucal e o SUS.....</b>	<b>09</b>
4.1.1 O perfil do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família.....	12
4.1.2 Promoção da Saúde Bucal e estratégia de saúde da família.....	19
<b>4.2 Dificuldades do Trabalho no estratégia de saúde da família.....</b>	<b>25</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças bucais mais comuns como cárie, doença periodontal, traumas dentais afetam a qualidade de vida, a auto-estima, o convívio social. As pessoas mais desprovidas de recursos econômicos são as que têm menos acesso aos serviços de saúde bucal; procuram o serviço na maioria das vezes quando a doença já está agravada. É de extrema importância na Estratégia Saúde da Família (ESF) dedicar tempo aos estudos epidemiológicos em saúde bucal relacionando-os com as desigualdades sociais (BOING et al., 2005)

Os custos econômicos das doenças bucais representam grande dispêndio. No ano de 2007 a 2010 o Ministério da Saúde comprovou que os gastos feitos pelo programa do governo nessa área giraram em torno de 2,7 bilhões destinados ao custeamento das mudanças na atenção básica em saúde bucal e procedimentos odontológicos especializado no país. Em 7 de outubro de 2009, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, anunciou investimento de R\$ 53,1 milhões para ampliar o atendimento de saúde bucal da população brasileira no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi inicialmente introduzido no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994, sendo uma proposta gerada dentro da vigência do Sistema Único de Saúde (SUS) consubstanciado pelas diretrizes e princípios do SUS. O cirurgião-dentista foi incluído nessa proposta somente em 2000 com a criação das equipes de saúde bucal (POUCHAIN et al., 2007). A inclusão tardia da odontologia no sul pode ter acarretado prejuízos no processo de integralização dos profissionais e pode ter desencadeado as variadas formas de inserção destes profissionais nas equipes de saúde da família (CERICATO et al., 2007).

Assim o presente estudo tem como objetivo avaliar nas diversas experiências de implantação dos serviços odontológicos na Estratégia Saúde da Família, os pontos colocados pela literatura como principais obstáculos a adesão do cirurgião-dentista, pois esses se configuram em entraves para as mudanças do quadro epidemiológico bucal e para o enfrentamento das desigualdades sociais.

## **2 OBJETIVO**

Avaliar as principais dificuldades da inserção das Equipes de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família por meio de uma revisão da literatura.

### 3 METODOLOGIA

O município de Araçuaí fica localizado na região noroeste do estado de Minas Gerais, na região denominada Vale do Jequitinhonha. Possui uma população de 36.041 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A rede de saúde do município de Araçuaí é formada pelo Hospital São Vicente de Paula, o Centro de atendimento à Mulher – CEAM, a Policlínica Municipal, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), um serviço de radiologia, uma clínica de fisioterapia, 8 postos de saúde na zona rural, quatro Programas de Saúde da família, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiologia, Controle de Zoonoses, Serviço de Saúde Mental – CAPS e uma Clínica de Odontologia.

As quatro microáreas que contam com a cobertura do PSF estão localizadas na zona urbana nesta há ainda um programa de saúde indígena (PSI). Ao longo do tempo apenas uma equipe de saúde bucal foi criada em 2008 para atuar no programa de saúde da família (PSF) Baixada.

A escolha do tema surgiu a partir da vivência como dentista e pelo fato de não se ter no município de Araçuaí-MG um programa de atenção à saúde bucal consolidado na rede de atenção básica de saúde, o que pode ser retratado pela ausência de equipe de saúde bucal nas ESF. Considerando esta realidade emerge a necessidade de aprofundar os estudos acerca da inserção do dentista nas equipes de PSF partindo das dificuldades encontradas ao referirmo-nos à saúde bucal no contexto do programa de saúde da família e inserção da equipe odontológica. A partir deste estudo propostas para a criação das equipes de saúde bucal na rede de atenção básica no município de Araçuaí-MG poderão ser viabilizadas.

Esse estudo consistiu em uma revisão narrativa. A revisão narrativa é uma forma de pesquisa que utiliza informações bibliográficas ou eletrônicas como fontes para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores, com o objetivo de fundamentar um determinado assunto (ROTHER, 2007).

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) e selecionadas publicações das bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Foram consultados também acervos da biblioteca do Ministério da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública e fontes oficiais de informação do Sistema Único de Saúde.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados em língua portuguesa a partir de 2005, a pertinência ao tema do estudo, sobretudo com assuntos relacionados à saúde bucal e dificuldades de implantação das equipes de saúde bucal na rede de atenção primária de saúde e a utilização das palavras chave odontologia na atenção básica, equipe de saúde, saúde bucal. As buscas foram realizadas no período de janeiro à julho de 2010.



## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 A Saúde Bucal e o Sistema Único de Saúde (SUS)**

No Brasil o direito à saúde foi normatizado apenas com a efetivação da Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã. O documento magno do País traz definido, em seu artigo 196, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos” (BRASIL, 1988).

Foi consagrada na Constituição de 1988 que o Estado Brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. No documento assume-se ainda o direito de todo cidadão a saúde e o dever sendo do Estado. Para que se consiga cumprir a lei é necessária a elaboração de políticas públicas sociais e econômicas capazes de reduzir os riscos às doenças e outros agravos; garantindo também acesso igualitário e universal às ações e serviços para proteção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2004).

A Constituição da República, em seu artigo 196, amplia o conceito de saúde incluindo sob sua jurisdição o norteamento da mudança progressiva dos serviços de saúde de um modelo assistencial curativo para um modelo de atenção integral à saúde. Passar a intervir de forma integral significa incluir ações de promoção e proteção à saúde concomitante às ações curativas e de recuperação (BRASIL, 2004).

Ainda hoje podemos dizer que o Sistema Único de Saúde está em construção por meio da prática diária de seus atores, gestores, profissionais de saúde e usuários. As falhas que existem no sistema ocorrem principalmente pela dificuldade de compreensão de seu caráter substitutivo em relação ao modelo assistencialista hegemônico, com o qual ainda convivem muitos usuários e grupos interessados em manter tudo como antes (SANTOS & CUTOLO, 2003).

Os princípios do SUS buscam, em essência, desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde. Assim atuando precocemente nos momentos iniciais de desenvolvimento das enfermidades e ainda sobre os riscos sanitários e ambientais, por sua vez geradores de agravos aos indivíduos, garantindo melhores níveis de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2009).

Segundo Oliveira (2006) o Ministério da Saúde espera que as equipes de saúde da família, se funcionando adequadamente, sejam capazes de resolver até 85% dos problemas de saúde da comunidade. Para que esta taxa seja alcançada devem ser realizadas ações capazes de prestar um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população, através dos vínculos de co-responsabilidade firmados entre profissionais e a comunidade, facilitando a identificação e o atendimento dos problemas de saúde do território de abrangência de cada equipe.

Na prática diária das equipes de saúde, a incapacidade do Estado se manifesta tanto no acesso ao atendimento dado pelo SUS quanto na qualidade desse atendimento. O que determina um novo perfil de desempenho na formulação e implementação das políticas públicas com recursos humanos compatíveis, insumos com novas tecnologias em quantidades ideais, manutenção de equipamentos e educação continuada que assegurem os direitos civis e sociais básicos a sociedade brasileira e que propiciem o desenvolvimento equitativo com inclusão social (BRASIL, 2004).

Uma vez que o próprio SUS ainda está em construção, lutando contra interesses corporativos e financeiros, também o PSF e o trabalho interdisciplinar em saúde ainda se encontra em seus primórdios. O desenvolvimento se dá a partir das práticas e das ações daqueles que acreditam em sua concretização como uma nova estratégia de enfrentamento dos intermináveis problemas sociais e de saúde de nosso País (SANTOS & CUTOLO, 2003).

A formulação de políticas de vigilância a saúde deve ser capaz de propor não somente a redução de riscos mais também a redução de desigualdades de acesso aos serviços odontológicos e a bens de consumo (AERTS et al., 2006).

A Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, lançada pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2004, teve como objetivo ampliar o acesso ao tratamento odontológico por meio de um programa estruturado. Grande parte dos brasileiros não sabe que podem receber tratamento odontológico gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apurados em 1998 indicaram que, até aquele ano, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista (PUCCA JR., 2006).

O conceito de saúde é histórico, sujeito a influência do contexto, da compreensão da sociedade, e hoje podemos entendê-lo como qualidade de vida, acesso a educação, a

moradia, lazer, a segurança, trabalho, ao saneamento básico, a saúde, ao transporte, sendo também um direito fundamental de todo ser humano (BRASIL, 2004). E essa concepção deve pautar, de forma definitiva, a construção do PSF no Brasil.

A Estratégia da Saúde da Família surge como uma proposta de melhorar o SUS. A inclusão da família como foco da atenção em saúde é considerada como um paradigma capaz de modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. O foco não é mais a doença e sim o indivíduo dentro da sua comunidade, da sua sociedade, dos seus problemas, das suas áreas de risco, dos seus agravantes (BRASIL, 2004).

A unidade básica de saúde, sob a estratégia da Saúde da Família, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre vários níveis de atenção. O Programa Saúde da Família promove a saúde da população por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes (BRASIL, 2000).

O funcionamento do PSF está ancorado no princípio da territorialização e trabalho de equipe multidisciplinar como dois dos princípios básicos. Cada Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com um território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a esta área, sendo responsável por, no máximo, 4.500 pessoas ou 1.200 famílias. Em relação ao trabalho em equipe, cada equipe multidisciplinar mínima, é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Em 2000, o MS incorporou a odontologia às equipes (OLIVEIRA, 2006).

A intervenção da equipe odontológica na atenção básica pressupõe uma abordagem ampliada. Antunes (2006) expõe então que, é necessário que os serviços e as intervenções na área de saúde sejam programados de forma socialmente apropriada, zelando para que suas propostas não venham a prejudicar inadvertidamente a saúde coletiva ou a fortalecer as desigualdades sociais. Nesse sentido Roncali (2006) defende a estratégia da atenção primária para a expansão da cobertura odontológica pelo PSF.

Em meio às estratégias previstas no PSF, a Equipe de Saúde Bucal deverá atender em média, 6.900 habitantes. Em municípios com mais de 6.900 habitantes, deverá ser implantada deverá ser implantada uma ESB para cada duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação. Nos municípios com menos de 6.900 habitantes, conseqüentemente haverá menos agentes, devendo ser implantada uma ESB

para uma ou duas equipes de saúde, mas os incentivos ao acesso ao cirurgião-dentista são os mesmos (SANTOS et al., 2008).

O PSF tem a capacidade de trabalhar com a comunidade e as famílias intervindo não apenas no quadro epidemiológico delas, mais indo, além disso: intervindo nas esferas físicas, sociais, econômicas colocando assim em prática uma odontologia acessível e sem exclusão.

#### **4.1.1 O Perfil do cirurgião-dentista na estratégia de Saúde da Família**

No ano 2000, ocorreu a inclusão dos profissionais da saúde bucal nas equipes de saúde da família por meio de duas modalidades:

- Modalidade I compreende um Cirurgião – Dentista (CD) e um Atendente de Consultório Dentário (ACD);
- Modalidade II – compreende um Cirurgião – Dentista (CD), um Atendente de Consultório Dentário (ACD) e um Técnico em Higiene Dental (THD).

Em 30 de janeiro de 2009 o Conselho Federal de Odontologia, por meio da RESOLUÇÃO CFO-85/2009, alterou os termos THD (Técnico de Higiene Dental) e ACD (Auxiliar de Consultório Dentário) que passaram a ser denominados TSB (Técnico em Saúde Bucal) e ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) (CFO, 2009).

A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais, cumprindo-a no mesmo horário dos outros profissionais da ESF. A inclusão destes profissionais ao PSF deu-se pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas - quer em termos de promoção, proteção e recuperação – impulsionando a decisão de reorientar as práticas de intervenção (BRASIL, 2001).

Cada um dos profissionais da equipe de saúde bucal tem especificidades técnicas que, em ação conjunta irão garantir a adequada intervenção em saúde bucal para a população assistida. A Estratégia Saúde da Família precisa de novos profissionais, além do cirurgião dentista e das cadeiras dos consultórios. É necessário incorporar o técnico de saúde bucal (TSB) e o auxiliar de saúde bucal (ASB), o que significa montar módulos odontológicos de três, quatro ou mais cadeiras, operados por um número de dentistas necessariamente inferior ao de cadeiras, pois o trabalho será compartilhado com os TSB's. A promoção e a prevenção do campo da saúde bucal são a função por excelência dos TSB's. A eles

competete programar e realizar o trabalho nas escolas, nas creches, nos asilos de idosos (enquanto existirem), envolvendo desde o ensino da correta escovação à evidenciação e remoção da placa bacteriana e a aplicação tópica de flúor. O cirurgião dentista precisa ser participante ativo das ações de promoção, educação e prevenção, dispondo de tempo para reunir-se com a equipe de saúde e com a população da área onde atua, participando dos processos de planejamento e avaliação das ações em desenvolvimento na sua região e no município como um todo, fazendo visitas aos domicílios sempre que isso for necessário para conhecer profundamente a população e suas condições de vida, capacitando os demais profissionais da equipe (CAPISTRANO FILHO, sd ).

O Ministério da saúde tem definidos os papéis de cada um dos profissionais que integram a equipe de saúde da família, no que tange às ações de saúde bucal (BRASIL, 2001, p. 3):

Atribuições do Cirurgião Dentista (CD):

- Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade;
- Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB/SUS 96 e na Norma Operacional de Assistência (NOAS);
- Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- 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;
- Realizar atendimento de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais;
- Coordenar ações coletivas voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal;
- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo TSB e o ASB;
- Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados.

Atribuições Específicas do Técnico de Saúde Bucal (TSB)

- Realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento;
- Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista;
- Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos);
- Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;
- VII- Realizar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção
- Básica – Siab – todos os procedimentos de sua competência realizados.

#### Atribuições Específicas do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)

- Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do TSB;
- Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho);
- Instrumentalizar o cirurgião dentista ou TSB durante a realização de procedimentos clínicos;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento;
- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;
- Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados
- Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

#### Atribuições Específicas do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- Desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação;
- Identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

A Portaria nº 267/2001 estabelece atribuições específicas para os profissionais de saúde bucal no PSF (BRASIL, 2001, p.67):

1. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.
2. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.
3. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.
4. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.
5. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.
6. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.
7. Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.
8. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

Quanto à ação sobre a contenção da odontologia na Equipe de Saúde da Família, Moysés, et al. (1999) e Moysés e Silveira Filho (2002) defendem que os cirurgiões-dentistas apresentem as pressuposições basilares para o labor no PSF, que são:

[...] formação generalista, já que os graduados em odontologia saem da faculdade com aptidões básicas para realizar a clínica geral para adultos, crianças, gestantes e idosos; atendem emergências e urgências ambulatoriais e cirúrgicas; realizam atividades extra-clínicas e de promoção / educação em saúde com a comunidade. O profissional da odontologia é um especialista em eventos de saúde-doença mais comuns, como por exemplo, controle e tratamento de doenças relacionadas ao biofilme dental (cárie e doença periodontal), que correspondem quase à totalidade da demanda do serviço, o que representa grande resposta resolutiva no nível da atenção básica; formação de vínculo entre o profissional da saúde e paciente, o que é de fundamental importância para qualquer área da saúde, não só na medicina; a percepção do paciente em seu contexto familiar e comunitário, abordando fatores de risco comum a doenças, que também podem estar relacionadas com a qualidade da saúde bucal; Ações individuais e coletivas centradas na promoção de saúde e embasadas pela epidemiologia clínica e social são instrumentos típicos da

odontologia em saúde coletiva. A responsabilidade por uma aérea ou população de abrangência, exigência que é compatível com as novas tarefas do profissional da odontologia; A intersetorialidade, o cirurgião-dentista atuando no papel de advogado da saúde, reconhecendo os determinantes sócios ambientais nas doenças bucais; O controle social e a participação comunitária em saúde bucal coletiva representam um dos avanços da odontologia pública.

Superar o paradigma biomédico e adentrar efetivamente neste novo modelo de atuação profissional pressupõe a conscientização da importância de agregar novos profissionais como o Técnico em Saúde Bucal e o Auxiliar de Saúde Bucal nas ações de programação e prevenção odontológica. Trabalhando no modelo de módulos odontológicos de três a quatro cadeiras odontológicas, operando com um número menor de cirurgiões-dentistas, pois o trabalho será compartilhado com os técnicos em saúde bucal (DITTERICH, 2005).

A Odontologia caracterizou-se, ao longo dos anos, por sempre priorizar as práticas curativas sem acionar uma visão imaginária da saúde e sem se dar conta dos determinantes sociais que contribuem para o aparecimento das doenças bucais.

De acordo com Pinto (2000, p. 37):

Muitos são os avanços na busca por novas tecnologias que proporcionem a promoção e a manutenção da saúde bucal. Contudo, doenças bucais como a cárie e a doença periodontal ainda são consideradas problemas de saúde pública. Em uma pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2003, onde foram investigados os sistemas de saúde de 71 países, o Brasil chamou a atenção para suas condições de saúde. No que diz respeito à saúde bucal foi demonstrado que 14% dos entrevistados já tinham perdido todos os seus dentes e 15,4% não obtiveram tratamento quando tiveram problemas dentários. Na opinião dos pesquisadores, estes dados refletem um forte sinal de exclusão social.

A estratégia de saúde tomada pelo PSF busca tornar mais humanitária a técnica de saúde pelo meio de um relacionamento mais direto entre profissional e usuário, preferindo como núcleo de abordagem a família, em todo seu contexto.

De acordo com Capistrano Filho (2000, p.8):



[...] os profissionais inseridos no PSF vêm assumindo posturas e práticas distintas das atuais, especialmente no que diz respeito à atenção básica. A nova Odontologia procura superar seu caráter artesanal da prática, agregando outros profissionais como o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), com cada profissional desempenhando seu papel, mas trabalhando em equipe. Dentro do PSF, a Odontologia aparece como uma parcela das práticas de saúde, estando presente também no nível coletivo. Portanto, ao se inserir nesse contexto, o Cirurgião-Dentista deve ser capaz de identificar as necessidades sociais de saúde na população adscrita e intervir no processo saúde/doença dos indivíduos e da coletividade. Nas práticas de saúde são observados atendimentos centrados na demanda espontânea e essencialmente de caráter curativo. Este tipo de atendimento caracteriza-se por um modelo de assistência passivo e simplificado, uma demanda com vícios e preestabelecida a partir de conceitos socialmente construídos, onde se concebe a saúde a partir da doença.

Muitos profissionais do país ainda são formados em cursos de graduação em Odontologia que são baseados em uma proposta mais técnica, propondo uma prática clínica individualizada, fragmentada, biocêntrica, curativa, com ênfase no uso de tecnologias “de ponta” (Narvai, 2003). Esta formação vai de encontro ao despreparo de muitos profissionais ainda para uma atuação coletiva e engajada na realidade dos indivíduos, em seu modo de viver e em seu papel ativo de promotor de saúde bucal (CHAVES e MIRANDA, 2008).

Com a inclusão das ESB no PSF, Capistrano Filho (2000) afirma que existe a necessidade de uma nova visão odontológica, onde o cirurgião dentista consiga extrapolar o consultório e promover ações de caráter coletivo, promovendo saúde, educando, prevenindo agravos à saúde bucal em contraponto à prática exclusivamente reparadora. Para que esta nova realidade seja possível é necessário dispor de tempo para reunir-se com a equipe de saúde e com a população da área onde atua, engajar nas ações da comunidade onde atua e do município, realizar visitas domiciliares quando necessário a fim de conhecer o modo de viver daqueles que pretende oferecer cuidados.

Mas para que isto aconteça é de extrema importância o trabalho multidisciplinar e a interação do cirurgião-dentista na equipe, trabalhando de acordo com os princípios desta nova abordagem. Ao se definir a família como foco do cuidado, há que se ter um entendimento diferenciado, que contemple aspectos peculiares desse sistema. Olhar a família com sua história pregressa e com perspectiva futura; conhecer e reconhecer o contexto cultural e social; identificar suas forças e dificuldades; considerar as dinâmicas

familiares e as influências dos membros familiares na estruturação do todo, possibilidade de interagir e entender o processo de saúde da família diferenciado do processo de saúde ou doença dos membros familiares individualmente são alguns dos desafios para o profissional de saúde (SANTOS & CUTOLO, 2003).

Historicamente os serviços públicos têm prestado atendimento á famílias fragilizadas, de forma arbitrária, desconsiderando, muitas vezes o saber popular, a iniciativa e a possibilidade de solução de problemas de forma solidária. É necessário repensar esta tradição arbitrária e normatizadora de relações com o mundo popular para não as massacrarem, centralizando as ações fortalecimento das famílias, buscando apoiar a recomposição dos vínculos na rede de solidariedade social local (OLIVEIRA et al., 2008)

Uma pesquisa realizada com cirurgiões-dentistas participantes de Equipes de Saúde da Família no Ceará demonstrou descrédito dos mesmos com relação ao PSF. Aliado a um desconhecimento geral da legislação que o normatiza, orienta e dá ferramentas básicas para o pleno funcionamento deste programa. Dentre os resultados há concordância entre os profissionais de que a prática não condiz totalmente com o que é preconizado pelo SUS poucos realizam visitas domiciliares, há um desconhecimento da legislação básica que rege o trabalho das equipes em saúde bucal (DIAS e REGO, 2004). É exatamente esta realidade que precisa ser repensada e é para atuar dentro dos preceitos do SUS que os profissionais precisam ser formados.

Segundo informações do relatório da pesquisa nacional de saúde bucal - Projeto SB Brasil 2010 – o Brasil entra no grupo de países com baixa prevalência de cárie, com um CPO de 2,1 (em 2003 este indicador era de 2,8) de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde. Nesta classificação considera-se o CPO como o principal indicador, composto pela soma dos dentes: Cariados – afetados pela cárie e ainda não-tratados, Perdidos – extraídos em decorrência da cárie e Obturados – acometidos pela cárie, porém tratados. No Brasil, considerando a faixa etária de crianças aos 12 anos de idade o CPO caiu 26% nos últimos sete anos. Entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade este índice caiu de 6,1 em 2003 para 4,2 em 2010, o que demonstra uma redução de 30% do CPO dessa faixa etária. Os adultos de 35 a 44 anos refletiram uma queda de 19% no CPO em sete anos – passando de 20,1 para 16,3. Além deste índice o balanço das ações em saúde bucal retrata um aumento de cerca de dez vezes no valor investido ao longo destes sete anos, subindo de R\$ 56 milhões para R\$ 600 milhões (BRASIL, 2010).

A relação de ESB para ESF no Brasil demonstra um crescimento de quase cinco vezes, passando de 4.261 para 20.300 equipes que estão em 85% dos municípios brasileiros. Em 2002, estavam em 41%. No período de 2003 à 2010, 72 milhões de kits de saúde bucal (escova e pasta de dente) foram distribuídos, houve ainda um crescimento de 49% no número de dentistas trabalhando no SUS, passando de 40.205 para 59.258. Atualmente 30% dos dentistas do país trabalham no programa atualmente o que garante que 17,5 milhões de brasileiros passam a ir ao dentista, recebendo um atendimento focado na prevenção e no cuidado com toda a família, refletindo um maior impacto em famílias que recebem até dois salários mínimos (BRASIL, 2010)

Roncali (2011) ao analisar os dados do relatório da pesquisa nacional de saúde bucal - Projeto SB Brasil 2010 pontua que os resultados são animadores, mas traz um alerta acerca dos pontos que necessitam ainda de uma atenção maior por parte do poder público:

(a) as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são ainda marcantes, indicando a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção; (b) foi pequena a redução da cárie na dentição decídua (18%), sendo que 80% dos dentes afetados continuam não tratados; (c) apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos, o déficit em idosos ainda é significativo; e (d) a prevalência de oclusopatia que requer tratamento é de 10% em adolescentes, indicando a necessidade de redimensionar a oferta de procedimentos ortodônticos na atenção secundária.

#### **4.1.2 Promoção de Saúde e a Estratégia Saúde da Família**

O documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) propõe a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal no âmbito do SUS, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo. Torna-se premissa básica o conhecimento da realidade de saúde e de vida da população à qual pretende-se oferecer assistência odontológica.

A reorientação proposta pelo Ministério da Saúde está ancorada nos seguintes pressupostos:

- Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;
- Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;
- Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;
- Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento-deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;
- Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
- Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;
- Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;

Os princípios norteadores das ações nesta perspectiva proposta são a gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional, configurando-se como os requisitos básicos para a efetivação do modelo na realidade de vida dos usuários (BRASIL, 2004).

Em meio a estes questionamentos, ao compararmos populações que conseguiram um bom padrão de saúde bucal com outras que não conseguiram, é necessário perguntar o porquê disso, e quais são as circunstâncias biológicas, ambientais, sociais, econômicas ou políticas, determinantes de melhoria nas condições de saúde bucal. Com isso, é importante iniciarmos no ponto onde as pessoas estão localizadas, trabalhando com as pessoas em vez de trabalharmos sobre pessoas; acreditando nas pessoas e trabalhando para obter altos níveis de participação comunitária; realizando seus respectivos trabalhos e levando em consideração o contexto político e econômico, os profissionais de Odontologia estarão trabalhando com a saúde bucal de forma potencializadora (ROCHELLE, 2006).

Isto, em razão de estarmos criando ambientes nos quais indivíduos e comunidades podem ter o poder de transformar suas vidas. Considerando que o envolvimento das pessoas carentes no planejamento e implementação de iniciativas de desenvolvimento comunitário e de melhora da saúde, que as afetarão, não é apenas um imperativo ético, mas também um imperativo pragmático (SERRA-NEGRA, 1997).

Mediante tais considerações, objetivou-se expor em essência o que é Promoção de saúde, que não é sinônimo de educação em saúde, entretanto ela também é educativa. E também é política. A promoção de saúde deliberadamente encoraja a análise e o ativismo político, o que não significa que o engajamento político se torne o único trabalho importante. Assim, a promoção de saúde também não é apenas uma nova metodologia, alguma coisa que fazemos para ou por outra pessoa. (ROCHELLE, 2006)

O paradigma de promoção da saúde, ao presumir uma mobilização ampla de todos os atores sociais, mobilizando amplamente o conceito de saúde exigindo um novo posicionamento político e ideológico. Trata-se de um modelo que inclui todas as pessoas, todos os cidadãos, todas as políticas públicas e todos passam a ter prioridade (ROCHELLE, 2006)

Segundo, sugerir ações para a promoção de saúde, tecendo algumas considerações que nos permitam alcançar o sucesso: a natureza multicausal das doenças bucais, a necessidade de discutirmos com maior profundidade o que desejamos alcançar, a teoria da promoção da saúde e sua aplicação na Odontologia, e as oportunidades para colocar a promoção de saúde bucal prática. (ROCHELLE, 2006)

Para que a promoção de saúde bucal seja eficaz, é necessário blocos constitutivos da promoção de saúde bucal (reconceituar a saúde bucal; potencialização; participação comunitária; ações e visões convencionais). Além das realidades, fatores de risco, questionando o foco, transições (A abordagem "odontológica". A abordagem comportamental, ou do estilo de vida. A abordagem sócio-ambiental) (SERRA-NEGRA, 1997).

Assim, observando o grau de mudança de comportamentos é dependente do equilíbrio percebido e experimentado entre as forças competitivas, como o consumo de açúcar e o desejo em se saudável. Se o indivíduo for o juiz do próprio bem-estar social, conseguirá atingir um equilíbrio que seja bom para manter a sua saúde bucal. Para isso, é necessário

adquirir novos comportamentos por meio da aprendizagem, considerando os fatores psicológicos e os valores individuais e sociais (ROCHELLE, 2006).

Nesse sentido a promoção da saúde bucal na prática é dependente de estratégias de sustentação, que se ampara na "Carta de Ottawa". Depende também da construção de uma política pública saudável; da criação de ambientes de sustentação; do desenvolvimento de habilidades para lidar com dificuldades; necessidade de reorientar serviços dentários, como também, currículos das faculdades de odontologia. Também é elementar a pesquisa participativa capaz de oferecer um modelo alternativo para visualizar e conduzir o estudo, com a clara intenção de não somente descrever a realidade, mas, principalmente a de mudá-la, tarefa que pode ser executada por pesquisadores da Odontologia (ROCHELLE, 2006).

No SUS a estratégia de promoção da saúde é considerada uma possibilidade de focar os diversos aspectos que determinam o processo saúde/doença em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2006).

O apoio em conceder oportunidades iguais para todos, a fim de satisfazer as necessidades básicas para a manutenção de um padrão de vida saudável predomina. A promoção da saúde foi tema de discussões em várias conferências internacionais como: a Primeira Conferência Internacional de Promoção a Saúde (1986); Conferência em Promoção de Saúde de Adelaide (1988), Sundswall (1998) e Jakarta (1997). Dentre os debates também foi foco da atenção o papel dos profissionais ligados à saúde bucal nos diferentes espaços sociais.

Segundo o Informe Lalonde, publicado em 1974, o movimento da promoção da saúde trouxe à tona as responsabilidades no que condiz às desigualdades de saúde bucal, das esferas biológicas, psicológicas, sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais, mas sem deixar de considerar a responsabilidade do próprio indivíduo (BUISCHI, 2000).

Conscientes da importância de tais esferas em relação à saúde bucal, ganha força o próprio conceito de "promoção de saúde", considerando-se que não era satisfatório somente a educação em saúde bucal, à medida que carrega a mensagem de que o indivíduo tenderia, por si só irá solucionar seus problemas de saúde bucal. Passa a ser considerado

fundamental a adoção de práticas que extrapolem o campo individual, pois emerge o conhecimento de que esse indivíduo está inserido em esferas muito mais amplas, as quais podem interferir direta ou indiretamente nas condições de saúde bucal (DEGAN, 2004).

Dessa forma, a partir das circulações de tais conhecimentos, a promoção de saúde passou a enfatizar fatores determinantes como os socioeconômicos, sociopolíticos e ambientais, sem deixar de lado a saúde individual, passando então a serem adotadas novas ações multissetoriais no sentido de suprir as carências por saúde bucal geradas nesse contexto.

Ao pensarmos em produção de saúde e buscarmos formas de operar produzindo saúde temos intrínseca a necessidade de responder às necessidades sociais através de ações concretas e resolutivas, articuladas às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. (BRASIL, 2006).

O estabelecimento de vínculos com departamentos de serviço públicos odontológicos e escolas, departamento de serviços sociais e voluntários, avaliação apropriada das necessidades e recursos locais gerando visões estratégicas de ações com objetivos claros tornou-se uma estratégia de intervenção em saúde bucal. Ressaltado a necessidade de ir além da pura educação bucal, numa prática constante em promovê-la (LAMOUNIER, 2003).

Promoção que pode corresponder a distintas formas de abordagens, que somadas podem gerar resultados satisfatórios, como a prevenção, mudança de comportamento, educação, controle individual da saúde e mudança social; tudo dependente da habilidade do profissional de saúde e da localidade onde a atividade está sendo desenvolvida. Em relação à localidade, essa consiste num espaço social que pode ser indeterminado, mas, que seja alvo de melhorias das condições de saúde, pois, a própria promoção de saúde bucal deve ser desenvolvida em quaisquer espaços sociais, indiferente das suas diferenças étnica, populacionais, etc. Desse modo, a ação conjunta entre setores da saúde e outros profissionais podem ser construídos para grupos específicos da população através de ações coletivas locais para fomentar a saúde (ROCHELLE, 2006).

Mas, em detalhes, onde entra a participação da equipe odontológica na resolução dos problemas de desigualdade na saúde bucal? Ainda sob os olhares de vários atores, para essa equipe, e mais particularmente, para o profissional de Odontologia, é necessário planejamento, gerenciamento, comunicação e estabelecimento, das inter-relações entre pessoas e instituições em sua prática cotidiana, mesmo em PSF. Assim, a educação em

saúde torna-se somente parte de um todo mais complexo, no qual o papel desse profissional é fundamental (LAMOUNIER, 2003).

Práticas como o planejamento e a pesquisa podem identificar as reais necessidades da população. Avaliação de ações de custo - benefício; comunicação e aconselhamento; administração de tempo, pessoas e recursos; estabelecimento de relações entre pessoas e instituições; educação; marketing em um trabalho mais cultural a fim de fomentar as mudanças de hábitos negativos à saúde bucal; aprimoramento em estudos científicos e difusão destes. Essas são algumas perspectivas de ações que podem ser tomadas pelo profissional da área de odontologia (VIANNA, 2002).

Para que as ações de saúde bucal no PSF sejam eficazes e efetivas é necessário um planejamento por meio da identificação da população alvo e suas respectivas características; da identificação das necessidades de cada indivíduo; determinação de objetivos claros para o desenvolvimento da educação em saúde bucal; formulação de metas que detalham os objetivos a serem alcançados, identificação de recursos para que os objetivos sejam alcançados; definição de métodos de avaliação; na intenção de construir uma nova realidade de saúde bucal. Sendo possível promover saúde bucal sem distinção de idade, classe social, grau de escolaridade, promovendo ações direcionadas para a real necessidade da população (BUISCHI, 2000).

Assim, quando se avalia o contexto das necessidades bucais no País, é necessário considerar os desafios que o sistema odontológico precisa enfrentar, ou seja, mediante pesquisas realizadas ao longo da década de 1980 e 1990 em várias regiões do Brasil, comprovou-se que houve a redução da cárie em escolares, contudo, não se pode generalizar, pois, as conclusões são dependentes das diferenças regionais que, nessas pesquisas, estão intimamente relacionadas a desigualdade social, e principalmente às ações individuais (AUDI, 2002)

Desse modo, BUISCHI (2000) aponta que informações descontextualizadas não são suficientes para corresponder à promoção de saúde bucal, sendo então urgente o "ir além das simples práticas de prevenção", isso porque ações de prevenção dependem de controle e estímulo do profissional; são individualistas; isolacionistas, conforme não se voltam para a desigualdade em saúde bucal em seu todo; são limitadas ao fornecimento de informações; e podem não fomentar uma mudança de hábito duradouro no indivíduo, não tendo uma eficiência permanente.



Salientando que, não é proposto o desprezo pelas medidas preventivas, e sim, que são necessárias ações que as complementem, como o desenvolvimento de ações conjuntas e integradas promovidas pelos profissionais de Odontologia em múltiplos setores a fim de que a promoção da saúde bucal aconteça de fato através do planejamento de ações em comunidade, capazes de influenciar decisões de saúde na comunidade local, demandando que cada profissional conheça essa respectiva localidade (BUISCHI, 2000).

#### **4.2 DIFICULDADES DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

As questões relacionadas à saúde bucal sofrem influências de diversos setores, sendo que nem sempre o controle está nas mãos dos profissionais especialistas na área de odontologia. Há uma parte que depende diretamente da intervenção técnica dos profissionais, mas há ainda o papel do poder público em diversas instâncias do governo, e da população (PINTO, 2000)

O ritmo e a velocidade com que as doenças se expandem dependem de diversas variáveis “extra odontológicas” que podem condicionar a existência ou não de tais doenças. O processo saúde doença está intimamente relacionado com o desenvolvimento econômico, a ideologia do Estado, a forma de organização do governo, o nível educacional da população, assim como os padrões de cultura e da tradição popular que regulam a formação de hábitos alimentares e as condutas de higiene pessoal e coletiva (ALVES et al., 2007).

É verdade que a odontologia sofre menos o impacto das influências externas do que a medicina, principalmente porque os principais problemas de maior prevalência que afetam os dentes e suas estruturas de suporte podem ser controlados por instrumentos disponíveis, ao contrário de inúmeras doenças que progridem e provocam números crescentes de vítimas mesmo diante de condições favoráveis de prática profissional (PINTO, 2000).

Não obstante esta constatação, a escassa cobertura dos programas odontológicos e as dificuldades enfrentadas para dominar danos de reduzida complexidade como são a cárie dental e as doenças periodontais, indicam com clareza que a não utilização dos instrumentos de controle disponíveis tem causas que extrapolam os horizontes alcançados pela tecnologia e pelos conhecimentos específicos (PINTO, 2000).

As desigualdades sociais geram diferenças no acesso a bens essenciais, entre os quais se inclui o acesso a serviços básicos de saúde (CEPAL, 2004).

A obtenção de informações acerca da satisfação ou da insatisfação dos usuários, e as razões que levaram a uma ou a outra, são elementos essenciais para orientar qualquer ação na direção da garantia da qualidade dos serviços oportunizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto pensar uma política de saúde bucal em qualquer nível do governo e, sobretudo na atenção primária de municípios como Araçuaí, com menos de 50.000 habitantes, é articular também mecanismos de avaliação por parte dos usuários dos serviços oferecidos.

Os usuários podem configurar-se como fonte primária de informações, quando relatam suas experiências na obtenção do acesso ao tratamento, como se sentem física e emocionalmente em relação aos seus problemas de saúde, além de fornecerem informações relacionadas ao processo técnico do tratamento.

No município de Araçuaí especificamente, não há uma inserção do cirurgião-dentista que possa ser considerada efetiva na melhoria dos serviços prestados. A parcela da população que tem acesso a este serviço ofertado pelo SUS ainda é incipiente e muito pequena. Enquanto política municipal de saúde ainda serão necessários muitos investimentos para que o município possua uma política de saúde bucal efetiva capaz de modificar a situação de saúde bucal dos munícipes.

Como parte do quadro de dificuldades econômicas, a prática odontológica, fundamentada em um modelo perverso de organização, com frequência termina por concentrar a oferta de serviços junto aos grupos de média e alta renda, daí resultando o estreitamento do alcance dos avanços tecnológicos que terminam por beneficiar apenas os setores economicamente mais favorecidos da população (PINTO, 2000)

No município de Araçuaí há uma grande oferta de atendimento odontológico centralizada em consultórios particulares com profissionais atuando de acordo com o modelo biomédico de reparo e tratamento de doenças bucais. Na rede pública o acesso ainda é restrito a cuidados à crianças em idade escolar e à adultos, estes tendo acesso apenas à extração dental. A atuação destes profissionais é individualista, tecnicista e desconectada do contexto social do indivíduo.

Já o profissional que atua no Programa Saúde da Família está mais próximo da realidade e dos fatores condicionantes de saúde bucal, trabalhando mais de perto com a equipe multiprofissional e criando maior vínculo externo com a comunidade. O profissional de odontologia inserido no PSF consegue ir mais além, atuando em problemas a partir do

momento que passa a visitar as famílias, entendendo os componentes introduzidos, apreciando o dia a dia, os fatos vividos e quais são as influências desta realidade na vida de cada pessoa. Assim pode-se perceber problemas relacionados à saúde bucal que, atendendo exclusivamente na clínica, não seria possível visualizar (PINHEIRO et al., 2008).

Na Estratégia Saúde da Família os cirurgiões-dentistas realizam o atendimento por micro-áreas, trabalhando por vezes com famílias inteiras, o que anteriormente não ocorria, pois o atendimento era focado em apenas um membro da família, em sua demanda individual, sem imaginar como estava a saúde dos outros familiares. Hoje se direciona essa orientação baseada na realidade de vida da família. Através do PSF passa a existir um maior envolvimento com todos da família. É importante citar que o PSF expandiu o domínio de atuação, pois o profissional trabalha com a intersetorialidade, dando início as suas atividades em outros setores na Unidade de Saúde, em questão da enfermagem e de medicina, bem como, analisando também o trabalho do setor de fisioterapia, de fonoaudiologia e também de outros setores como a questão da assistência social, tudo isso direcionado a seu público, usuários da unidade de saúde.

Em Araçuaí esta é uma realidade que ainda está em construção, contando com um número inexpressivo de profissionais atuando dentro do paradigma proposto pelo PSF. A partir do momento em que o poder público assume que é fundamental a inserção do cirurgião dentista nas equipes do PSF, abre-se a possibilidade dos profissionais entenderem o indivíduo no ambiente em que ele vive e amplia-se as possibilidades de cuidado.

Ao se observar a realidade socioeconômica atualmente em nosso país, a prática odontológica não atinge ainda toda população, mesmo com o Programa Saúde da Família. Em Araçuaí esta realidade pode ser encontrada pela pouca oferta de cirurgiões dentistas capacitados para atuarem dentro dos pressupostos da promoção de saúde bucal.

A forma de atuar em saúde, incorporada pelo PSF, apresenta-se como nova proposta para a mudança de paradigma e tem como ponto de partida a humanização no atendimento a comunidade, sendo os profissionais que nele atuam atores importantes neste processo de mudança. Nessa perspectiva, conhecer os motivos que os levaram a fazer parte deste novo modelo de assistência em odontologia, bem como o entendimento a respeito das mudanças ocorridas em suas práticas, permite refletir sobre comportamentos e atitudes diante de situações vivenciadas no dia-a-dia.

Para que o papel do cirurgião-dentista tome corpo e possa ser realmente um diferencial em termos de melhoria da qualidade dos serviços de saúde é necessário efetivar a atuação destes profissionais nos PSFs.

De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes de saúde bucal devem atuar o mais próximo possível da realidade da população, identificando famílias em situação de risco e priorizando demandas assistenciais e preventivas, devendo ainda levar ações de saúde bucal à comunidade. A incorporação desses novos valores se dá através dessa "nova" prática diária e de novos significados apreendidos durante cursos de capacitação, onde os profissionais passam a conhecer a filosofia do programa, permitindo a construção de novos conceitos sobre a prática odontológica. Isto se dá por meio de um processo ativo, dentro de um contexto de valores e não somente pelo conhecimento de novas teorias científicas. Enxergar o paciente como um sujeito provido de valores e crenças, que são determinantes na significação do conceito de saúde, implica em abordá-lo em todo o seu contexto social, econômico e cultural, procurando dar sentido para a instalação da doença. Analisar práticas dissociando-as da construção das representações, nem transformá-las sem que sejam transformadas, também, suas representações, parecem ser impossíveis. A identificação dessas representações torna-se importante para que se conheçam como a incorporação de novos significados, sobre a teoria, estão contribuindo para a transformação das práticas, através da realidade construída, no que diz respeito à execução de ações junto à comunidade (MUNKEVIZ, 2009, p.6)

Para os profissionais que atuam no município de Araçuaí, o que mais faz falta no PSF é um compromisso maior da instituição com o programa, seguido de uma política mais direcionada à saúde pública, e melhores condições técnicas de trabalho, incluídos aí os materiais utilizados durante os atendimentos, a estrutura física das unidades e a equiparação de um dentista para cada equipe.

No município de Araçuaí não há um programa de avaliação instituído, o que leva os profissionais por inúmeras vezes, a não conseguirem avaliar ou dimensionar o programa, haja vista que em saúde bucal, os frutos contemporizam um pouco a aparecer. Embora sentindo falta de dados concretos que demonstrem historicamente a importância do programa de saúde bucal no município, as ações refletem que ele é importante e determinante como tática na recepção à população, ocasionando como melhoramentos e necessitando de um maior subsídio pelo meio da adição no acesso às unidades de saúde.

Ainda que apontem várias dificuldades que vão desde a composição da estrutura proporcionada às relações constituídas com a comunidade, os profissionais envolvidos na saúde bucal em Araçuaí avistam alguns progressos na disposição dos métodos de trabalho, que oportuniza aos envolvidos neste processo uma maior amplitude de intervenção e compromisso com a comunidade e com o próprio trabalho.

A organização de um novo modelo assistencial em saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, é um grande desafio. Tomando essencial um modelo de processos dos serviços de saúde baseado em categorias igualitárias, políticas, materiais e humanas, que viabilize serviços com qualidade para quem o executa e para quem o recebe. Do contrário, corre-se o risco de cessar a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade à referida proposta. É essencial que as contradições e dificuldades que permeiam a sugestão não a levem a aniquilar, e, sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação. Neste contexto surge, em 1994, o PSF cuja base operacional está centralizada no atendimento do núcleo familiar, tendo as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multidisciplinar (NICKEL et al., 2008).

Historicamente muita ênfase foi dada ao tratamento e prevenção da cárie, resultando em um modelo preventivo-curativo focado na faixa etária escolar, denominado Sistema Incremental. Elaborado na década de 50 (e já ultrapassado uma vez que não há uma preocupação com a prevenção) o modelo até hoje é utilizado e muitos municípios ainda o tem como referencial de assistência odontológica (NICKEL et al., 2008).

Na prática isso se reflete ao nos depararmos com muitos profissionais que não foram formados para atuar na comunidade, considerando aspectos do contexto social ao trabalharem com saúde bucal dentro de uma proposta mais abrangente como o modelo do PSF, que extrapolem as cadeiras dos consultórios odontológicos.

Neste sentido muitos profissionais de odontologia parecem, muitas vezes, viver um conflito, ao buscarem uma forma ideal de trabalho humanizado e ampliado, em relação ao qual alcancem progressos e resultados de caráter prático: atividades educativas ampliadas, melhorias sociais e a realidade do conjunto do sistema de saúde, que muitas vezes não fornece o devido suporte.

No município de Araçuaí atualmente está sendo oferecido pela UFMG o Curso de especialização em Atenção Básica em saúde da Família, sendo um projeto vinculado à

Universidade Aberta do Brasil, tendo em Araçuaí um pólo presencial. Esta iniciativa vem capacitando profissionais da área de odontologia, bem como medicina e enfermagem, para uma atuação mais qualificada e transformadora no campo da saúde pública. Através desta formação é possível rever a prática centralizada no paradigma biomédico e construir uma nova possibilidade de atuação em saúde coletiva.

Para que seja resolvido o problema da baixa cobertura de atenção em saúde bucal oferecida à população, considera-se que é necessária a intervenção do poder público e uma melhoria na capacitação dos profissionais de forma a modificar o perfil curativo e centralizado em práticas individualistas, ampliando a intervenção para o campo coletivo, com as ações focadas na comunidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, foi trilhado um caminho que perpassou discussões acerca da inserção dos profissionais de odontologia na estratégia de saúde da família e quais as mudanças necessárias e peculiaridades desta prática assistencial. O campo da saúde pública é atravessado por interferências diversas, que colocam em associação distintas formas de saber, crenças sobre a saúde, valores de cada profissão e cenários sociopolíticos. É na interface desses fatores que surge a proposta de um novo modelo de atenção à saúde como o PSF e com ele surgem soluções e permanecem dificuldades. Nesse estudo, foi trilhado um caminho que perpassou discussões acerca da formação do profissional de odontologia, da atuação destes profissionais e seus efeitos no sentido de implantação do modelo de saúde proposto pelo PSF.

Diversas experiências de implantação dos serviços odontológicos no PSF demonstram a deficiência de recursos humanos para atuarem de acordo com o modelo preconizado pelo SUS, o que resulta em uma dificuldade dos profissionais cirurgiões-dentistas atuarem de forma preventiva e eficaz.

O Brasil avançou muito no que diz respeito ao controle de cárie, houve um aumento significativo na alocação de recursos para a saúde bucal, com inserção de grande número de dentistas nas unidades de PSF. E ainda há muito que melhorar, sobretudo, na garantia de maior cobertura das ações de saúde bucal tomando realidade a integralidade de acesso preconizada, capacitação profissional para atuar dentro dos preceitos do modelo do PSF. Ainda há uma heterogeneidade na implantação dos PSF nos municípios do porte de Araçuaí.

Há que se pensar que a proposta do modelo é inovadora e convoca a todos para uma mudança de pensamento e de ação, todos são convocados: os prestadores de serviço, os usuários e a comunidade.

Houve sem dúvida uma evolução da assistência odontológica pública brasileira. A solidificação das ações de saúde bucal é indispensável para a construção de uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade, a fim de finalmente fazer valer para a população os princípios do SUS.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D. R. G.C., et. al. **Vigilância da saúde bucal**. In. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALMEIDA, O. P. e LOPES, M. A.. **Prevenção das doenças bucais**. In. KRIGER, Léo (coord) ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

ALVES, P.C., et al., Conhecimentos de Higiene Bucal de idosos atendidos nas clínicas das Instituições Públicas de Ensino Superior de Odontologia em Pernambuco. **Odontologia. Clín.-Científ.** Recife, 6 (3): 219-222, jul/set., 2007. [<http://www.cro-pe.org.br/revista/revistas/JULSET6.pdf>].

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira, et. al. Medida de Condições Socioeconômicas em Estudos Epidemiológicos de Saúde Bucal. In. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

AUDI, C. A. F. **Práticas alimentares: aleitamento materno, alimentos complementares e uso de mamadeira e chupeta**. Itapira, 1999. Campinas, SP: [s.n.], 2002.

BOING, A. F. et al. Social stratification in epidemiological studies of dental caries and periodontal diseases: a profile of the scientific literature in the 1990s. **Cad. Saúde Pública [online]**, vol.21, n.3, pp. 673-678, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. Acesso em: 25 Abr. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde bucal investe R\$ 53,1 milhões na ampliação de ações**. Ministério da Saúde, Brasília, 07 de outubro de 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde (1998). **Programa de Saúde da Família – PSF**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/Psf.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil: levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira**. Informe de Atenção Básica. Brasília, a. 4. n. 23, p.1, jul/ago. 2004.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – 2004.

BRASIL. Ministério da Secretaria de Atenção à Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais** / Ministério da Secretaria de Atenção à Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 52 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7)

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, 2004. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)

BUISCHI, Yvonne de Paiva. **Promoção da saúde bucal na clínica odontológica.** São Paulo: Artes Médicas/APCD, p, 3-70, 2000,

CAMPOS, M.L. **Avaliação do Programa de Educação em Saúde Bucal em Rio do Sul-SC (PROESASUL).** Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do vale do Itajaí. Itajaí, SC, 2005.

CAPISTRANO FILHO, D. **Inclusão da saúde bucal no programa de saúde da família no rio grande do sul.** Secretaria da Saúde, Departamento de Ações em Saúde - Seção de Saúde Bucal. Disponível em: [http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p\\_70&sName=Equipe%20de%20Sa%FAde%20Bucal](http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p_70&sName=Equipe%20de%20Sa%FAde%20Bucal).

CAPISTRANO FILHO, D. O cirurgião dentista no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v.1, n.2, p.8.2000.

CERICATO G.O, GARBIN D, FERNANDES A.P.S, A inserção do Cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e métodos de avaliação das equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v.12,n.3,p.18-23,Setembro/Dezembro, 2007

CHAVES, M.C.; MIRANDA, A.S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de *habitus* na Saúde Pública. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.153-67, jan./mar. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Atos e Normativos. **RESOLUÇÃO CFO-85/2009 de 30 de janeiro de 2009 altera as redações do inciso II, do artigo 121 e dos Capítulos IV e V da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia.** Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1286>, acessado em 2 de maio de 2011.

DEGAN V.V., PUPPIN-RONTANI R.M. Prevalence of pacifier-sucking habits and successful methods to eliminate them-a preliminary study. **J Dent Child.** 2004; 71:148-51.

DIAS, A. e REGO, D. **Autopercepção do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família do Ceará.** In. THERRIEN, Silvia Maria Nóbrega. (Org). Construção do Saber em Saúde Coletiva. Fortaleza, v. 11, 2004.

DITTERICH, R. G. **O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião-dentista do programa de saúde da família (PSF) de Curitiba-PR.** 2005.79 p. Monografia de Pós Graduação Latu Sensu- Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 23 de fevereiro de 2011.

LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, 2003.

MOYSÉS, S. T. *et al.* Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento - Genograma – uso em saúde da família. **Revista da Associação Médica do Paraná**, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 28-33. jan./dez. 1999.

MOYSÉS, S.J.; SILVEIRA FILHO, A.D.; **Os dizeres da boca em Curitiba: Boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis.** Rio de Janeiro: CEBES, p.155-160, 2002.

MUNKEVIZ, M.S.G. **Saúde Bucal no Programa de saúde da família no município de São Paulo: uma perspectiva do usuário.** Dissertação de Mestrado em saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

NARVAI, P.C. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: KRIGER, L. (Coord.). **ABOPREV**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p.475-94.

NICKEL, D.A., LIMA, F.G. E SILVA, B.B. Modelos assistenciais em odontologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 241-246, fev, 2008.

OLIVEIRA, A. G. B., CONCIANI, M. E. MARCON, S. R. I A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saude** Jul/Set; 7(3):376-384, 2008.

OLIVEIRA, S. F. **Avaliação do Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida** / Dissertação de Mestrado—UFPB/CCHLA, João Pessoa, 2006. 174p.

PINHEIRO, F.M.C; NÓBREGA-THERRIEN, S. M; ALMEIDA, M. E. L; ALMEIDA, M. I. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. **Revista de Odontologia da UNESP**; 37(1): p. 69-77 2008.

PINTO, V.G. Financiamento e Organização. In. PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, p. 31-97, 2000.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva** .5.ed. São Paulo: Editora Santos, 2008, 635p.

PUCCA JR., Gilberto Alfredo. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.11, n.1, pp. 243-246, 2006.

ROCHELLE, I. M. F. **Amamentação, hábitos deletérios bucais e o equilíbrio funcional da oclusão decídua**. Piracicaba, SP: [s.n.], 2006.

RODRIGUES, S. M.; VARGAS, A. M.; MOREIRA, A.N. Saúde Bucal e qualidade de vida do idoso. **Rev.Fac. de Ciência da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce**, Governador Valadares, v.1, n.12, 2004.

RONCALLI, ÂNGELO GIUSEPPE. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema único de Saúde. In. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, Jan. 2011.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm** ., São Paulo, v. 20, n.2, p. 117-118, abr./jun. 2007.

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M.; VILAÇA, Ê. L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2008, v. 13, n. 2, pp. 523-531.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A. Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, 2003.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Vínculo e Autonomia na Prática de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, n.42, v.3, p.464-70, 2008.

SERRA-NEGRA JMC. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e mal oclusões. **Odontol Univ. São Paulo**. N.11, V.2, P.79-86, abr.-jun. 1997.

SILVA JÚNIOR, A. G. (2006). **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec.

VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo. **Consumo alimentar, amamentação e saúde infantil**. Campinas, SP : [s.n.], 2002.