

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

**SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA**  
**REVISÃO DE LITERATURA VISANDO A MELHORIA NO**  
**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE**  
**IBIRITÉ, MINAS GERAIS**

**SIMONE CARLA BRAGA**

**LAGOA SANTA /MINAS GERAIS**

**2012**

**SIMONE CARLA BRAGA**

**SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA  
REVISÃO DE LITERATURA VISANDO A MELHORIA NO  
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE  
IBIRITÉ, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial para a obtenção do título de Especialista pela Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Heriberto Fiuza Sanchez

**LAGOA SANTA /MINAS GERAIS**

**2012**

**SIMONE CARLA BRAGA**

**SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA  
REVISÃO DE LITERATURA VISANDO A MELHORIA NO  
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE  
IBIRITÉ, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial para a obtenção do título de Especialista pela Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Heriberto Fiuza Sanchez

**Banca Examinadora**

Heriberto Fiuza Sanchez – Orientador

Simone Dutra Lucas – Examinadora

**Aprovada em Belo Horizonte 15/12/12**

## **DEDICATÓRIA**

A minha amada mãe, meu querido marido (meu presente de DEUS) e minha irmã, cúmplice e grande amiga, agradeço pela paciência, incentivo e companheirismo. Dedico mais este trabalho para vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à DEUS, meu grande amigo e companheiro de todas as horas.

À minha mãe, a mulher mais guerreira que já conheci, por me ensinar a ser uma batalhadora.

Ao meu marido, por sua paciência, compreensão, e amor.

Aos colegas de Ibité, por me ajudarem a fazer parte de uma equipe de verdade.

À prefeitura de Ibité, pela oportunidade de crescimento profissional.

Ao meu orientador Heriberto, pelas suas considerações e pontuações importantes, além da paciência pelos erros repetidos.

## RESUMO

A política de saúde bucal vem enfrentando ao longo dos anos o desafio de tornar suas ações e serviços mais acessíveis para a população. A inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família possibilitou um avanço na prática odontológica, principalmente por propiciar a possibilidade de mudança do modelo excludente e tecnicista para um modelo que valoriza o trabalho em equipe, a epidemiologia e a interdisciplinaridade. A saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo aumentar o acesso às ações e serviços de saúde bucal e melhorar os índices epidemiológicos e de qualidade de vida. Diante disso o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura buscando identificar se as equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família melhoram o acesso aos serviços odontológicos. A revisão foi realizada na BIREME, nas bases BBO, MEDLINE, LILACS e SCIELO, por artigos publicados sem limites de data e em língua portuguesa. Os resultados encontrados demonstram que as equipes de saúde bucal melhoram o acesso aos serviços de saúde bucal, mas para que realmente ocorra melhoria no acesso e acessibilidade destes serviços é necessário uma mudança no modelo assistencial da saúde bucal, no perfil dos profissionais e na vontade política dos gestores.

**Palavras-chave** : “impacto equipes de saúde bucal”, “melhoria acesso saúde bucal”, “comparação acesso equipe de saúde bucal”

## ABSTRACT

The oral health policy has faced over the years the challenge of making its programs and services more accessible to the population. The inclusion of oral health in the Family Health Strategy has enabled a breakthrough in dental practice, mainly because it provides the possibility to change the model and exclusive to a technician model that values teamwork, epidemiology and interdisciplinarity. Oral health in Family Health Strategy aims to increase access to programs and services and improve oral health epidemiological indices and quality of life. Given that the objective of this study was to review the literature in order to identify whether the oral health teams in the Family Health Strategy to improve access to dental services. The review was conducted in BIREME bases BBO, MEDLINE, LILACS and SciELO, for articles published without date limits and in Portuguese. The results demonstrate that oral health teams improve access to oral health services, but that actually occur in improved access and affordability of these services need a change in oral health care model, the profile of the professional and political will managers.

**Key Words:** "impact oral health teams", "improving access to oral health", "compare oral health access team"

**LISTA DE SIGLAS**

ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBG	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas



**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Trabalhos selecionados, autores e ano de publicação, revisão de literatura sobre melhoria do acesso ao serviço de saúde bucal com ESB, 2012.-----**18**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>21</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>24</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde coletiva vem, ao longo dos anos, enfrentando o desafio de tornar as ações de saúde um direito básico e acessível a todos (CARVALHO et al.2004).A conferência sobre cuidados primários realizada em 1978 na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) resultou na declaração de Alma –Ata que lançou como meta mundial a ser alcançada pelos países a “Saúde para todos no ano 2000” . A conferência enfatizava os cuidados primários em saúde colocados ao alcance universal dos indivíduos e famílias o mais próximo possível de suas residências e trabalho, representando o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde. A declaração orienta que todos os países fomentem políticas e estratégias para sustentar os cuidados primários em saúde (OMS, 1979).

No Brasil, a meta para a priorização dos cuidados primários, juntamente com outras aspirações, tais como o movimento sanitário, ajudaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) cujos princípios determinam a saúde como um direito ao acesso universal aos bens e serviços de saúde, rompendo com o modelo excludente, fragmentado e privilegiando a integralidade (KOYASHIK et al.,2008).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente foi considerado como uma estratégia de expansão e qualificação da atenção primária, incorporando os princípios do SUS, reorientando o processo de trabalho, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e comunidade (BRASIL, 2011).

Mesmo tendo a integralidade como um dos seus princípios, a saúde bucal só foi inserida no PSF no ano de 2000, e um dos fatores que ajudou a sua inclusão foi a divulgação dos dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que mostrava que quase trinta milhões de brasileiros estavam totalmente excluídos da saúde bucal (ZANETTI,2001).A saúde bucal foi incluída no PSF para melhorar o acesso e os índices epidemiológicos, além de reorientar a prática de atenção consoante ao modelo do PSF (BRASIL, 2001).

O município de Ibirité, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte é o inspirador do tema deste trabalho. O município tem seu modelo de atenção centrado na Estratégia de Saúde da Família com quarenta equipes de PSF, totalizando uma cobertura de 92% da população pelo programa. A saúde bucal tem apenas duas equipes inseridas no PSF. O restante da atenção é centrado no modelo tradicional e a população é referenciada para cinco unidades odontológicas. O acesso é o grande problema enfrentado pela população, pois além da cobertura do serviço ser muito baixa, as distâncias geográficas são um fator limitante para o

acesso ao serviço. O modelo é tecnicista, biomédico, sem formação de vínculos, principalmente pela falta de uma clientela adscrita. O número de faltas é grande, principalmente devido às dificuldades financeiras dos usuários em arcar com os custos do transporte coletivo para chegar às unidades. A saúde bucal é reconhecidamente um importante componente da qualidade de vida das pessoas. Sorrir, com dignidade, é um direito.

As pesquisas de amostras de domicílios têm apontado uma maior utilização dos serviços odontológicos, mas as barreiras de acesso tanto organizacionais quanto geográficas são ainda um grande entrave (CHAVES et al.,2012).Segundo Pereira e colaboradores (2012), as equipes de saúde bucal no PSF têm um efeito positivo no acesso aos serviços odontológicos. Além disso, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal orientam a saúde da família como uma importante estratégia para reorganização da atenção primária em saúde bucal (BRASIL, 2004).

O objetivo deste estudo é realizar uma revisão de literatura buscando identificar se a introdução das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família melhoram o acesso aos serviços odontológicos. Os resultados deste trabalho poderão sensibilizar os gestores do município para que escolham a saúde da família como estratégia de reorientação do modelo de atenção da saúde bucal. Desta forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relaciona com os usuários e participa da gestão dos serviços para dar respostas às demandas da população, ampliando o acesso às informações e serviços de saúde, equidade e cidadania, fundamentos importantes e essenciais do SUS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar uma revisão de literatura com o objetivo de identificar se a introdução das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família aumenta o acesso da população aos serviços de saúde bucal

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Sensibilizar as autoridades competentes do município de Ibirité para a adoção da Saúde da Família na condução dos cuidados em saúde bucal.
- Contribuir para a reorientação da atenção em saúde bucal do município de Ibirité.

### 3 METODOLOGIA

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

A revisão bibliográfica para a obtenção de dados foi realizada na BibliotecaVirtual Saúde – BVS: [http//saude publica.bvs.br](http://saude publica.bvs.br) (BIREME). Foram usadas as bases Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Libraly (SCIELO). Foram usados também publicações do Ministério da Saúde (portarias e diretrizes) e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES MG). Foram buscados e analisados trabalhos acadêmicos sem limite de data e em língua portuguesa na forma de artigos.

Foram utilizados os unitermos “impacto equipes de saúde bucal”, “melhoria acesso saúde bucal”, “comparação acesso equipes de saúde bucal”.

#### 4 REVISÃO DE LITERATURA

A conferência sobre cuidados primários realizada em 1978 na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) resultou na declaração de Alma-Ata que lançou como meta mundial a ser alcançada pelos países a “Saúde para todos no ano 2000”.

A conferência enfatizava que os cuidados primários em saúde constituem a chave para que os povos possam levar uma vida social e econômica produtiva. Os cuidados primários em saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em tecnologias e métodos bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, com um custo que o país e a comunidade podem manter. Representam o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde e são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Baseiam-se em formas organizativas descentralizadas e regionalizadas, nos níveis locais e de encaminhamento e nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras e agentes comunitários, convenientemente treinados para trabalhar social e tecnicamente junto a equipe de saúde e responder as necessidades expressas da comunidade. A declaração orienta que todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde. (OMS, 1979).

No Brasil, a meta para priorização da atenção primária inspirou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios privilegiam o entendimento da saúde como um direito inerente à cidadania (KOYASIKI et al ,2008).

O SUS tinha a missão de romper com o modelo predominante no Brasil, que se caracterizava por ser um modelo excludente, com grande distância entre as equipes de saúde e a população, com destaque absoluto para a especialização, apagando a visão integral das pessoas, sem focar a prevenção de doenças e promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2001b)

Em 1991 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários (PACS), uma das primeiras estratégias para a reorganização da atenção à saúde, como medida de enfrentamento dos graves índices de mortalidade materna e infantil e com isso contribuindo para uma melhora da qualidade de vida das pessoas. O programa investia maciçamente na educação em saúde (BRASIL, 2001b). A partir daí, começou-se a focar a família como unidade de ação programática e não somente o indivíduo, além da noção de área de cobertura. O MS institucionalizou as experiências de práticas em saúde com Agentes Comunitários que vinham ocorrendo em diversas localidades, tais como, o Rio de Janeiro e Ceará. O programa também introduziu uma visão ativa de não esperar a demanda chegar para intervir, mas agir

preventivamente, constituindo um instrumento de organização real da demanda. Outro enfoque inovador do programa são as visitas domiciliares, a integração com a comunidade e as intervenções não centradas apenas na figura do médico (VIANA e POZ, 1998).

Os resultados satisfatórios obtidos através do PACS estimularam o Ministério da Saúde a ampliar a abrangência deste programa através da criação do Programa Saúde da Família (PSF). As primeiras equipes multidisciplinares compostas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem foram formadas em 1994, ampliando e incorporando a atuação dos Agentes Comunitários. O PSF reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização do acesso, descentralização, integralidade e participação da comunidade (HOLANDA, et al.,2009).

A portaria 2488 que aprova a Política Nacional da Atenção Básica considera o PSF como estratégia prioritária para reorganizar a atenção primária no Brasil. O PSF não é mais visto como um programa, que é um termo que aponta para uma atividade com início, meio e fim. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária (ESF) e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

A atenção primária orienta-se pelo princípio da integralidade das ações, através de equipes multidisciplinares, considerado o indivíduo em sua singularidade, complexidade e inserção sócio-cultural, e busca a promoção de sua saúde, a prevenção, tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Os princípios, normas e diretrizes da atenção primária devem ser aplicados nas unidades de atenção primária com Programa de Saúde para a Família (BRASIL,2006).

Mesmo tendo a integralidade como um dos seus princípios, a inclusão da saúde bucal no PSF só aconteceu em 2000, após a divulgação dos dados da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (PNAD pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estes dados mostravam que 30 milhões de brasileiros estavam totalmente excluídos da saúde bucal. As portarias GM/MS Nº1444 (28 de dezembro de 2000) e 267(março 2001a) que tratam respectivamente do financiamento e inclusão da saúde bucal no PSF trouxeram a possibilidade da mudança no padrão de oferta da atenção à saúde bucal (CARVALHO,et al.2004).

O Ministério da Saúde publicou em 2004 o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Este documento destaca como forma preferencial de organização da atenção básica em saúde bucal a ESF.

A saúde bucal foi incluída na ESF para melhorar os índices epidemiológicos e ampliar o acesso da população brasileira ao serviço, além de reorientar as práticas de atenção consoante ao preconizado pela ESF e assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde bucal (BRASIL, 2001a). O fato da saúde



bucal ter sido tardiamente implantada na ESF acarretou uma série de dificuldades de integração entre os profissionais, assim como uma variabilidade nas formas de implantação e processos de trabalho nos diferentes municípios, variando inclusive os impactos com relação a ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal (LOURENÇO et al.,2009).

## 5 RESULTADOS

A tabela 1 traz um detalhamento quanto aos trabalhos encontrados e efetivamente selecionados para leitura e análise em cada um dos unitermos utilizados na busca. Cabe ressaltar que muitos dos trabalhos encontrados eram disponibilizados repetidamente entre os diferentes unitermos utilizados.

TABELA 1: Trabalhos selecionados, autores e ano de publicação, revisão de literatura sobre melhoria do acesso ao serviço de saúde bucal com ESB, 2012.

<b>Autores</b>	<b>Nome do trabalho</b>	<b>Periódico e ano de publicação</b>
BARBOSA, AAA.;BRITO.EWG.;COSTA,ICC.	Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões dentistas e auxiliares no contexto de um município	<i>Cienc Odontol Bras jun./jul .2007</i>
EMMI,DT.;BARROSO,RFF.	Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará.	<i>Ciência &amp;saúde coletiva,2008</i>
LOURENÇO et al.2009	A inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais	<i>Ciência &amp;saúde coletiva,2009</i>
VIANA,IB.;MARTELLI, P.JL.;PIMENTEL,FC.	Análise da evolução das Equipes de saúde bucal na ESF em Pernambuco no período de 201 a 2009	<i>International Journal of Dentistry</i>
PEREIRA et al.	Impacto da ESF com equipe de SB sobre a utilização dos serviços odontológicos	<i>Cadernos de Saúde pública 2009</i>
SOUZA,TMS.;RONCALLI,AG.	Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial	<i>Cadernos de Saúde Pública,2007</i>
TOMASI et al.	Características da utilização dos serviços de Atenção Básica nas regiões Sul e nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção	<i>Ciência &amp;Saúde coletiva,2011</i>

ROCHA,RACP.;GOES,PSA.	Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande , Paraíba, Brasil.	<i>Cadernos de Saúde Pública, 2008</i>
PEREIRA et al.	Impacto da Estratégia de Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes	<i>Cadernos de Saúde Pública,2012</i>
PERES et al.	Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008	<i>Rev.Saúde pública,2012</i>
CARVALHO et al.	A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família	<i>Boletim da Saúde,2004</i>
CHAVES et al.	Características do acesso e utilização de serviços públicos odontológicos em municípios de médio porte	<i>Ciência &amp; Saúde Coletiva ,2012</i>
NADANOVSKY , Paulo	Um panorama da saúde bucal no Brasil	<i>História, ciência Saúde,2010</i>
ANTUNES,JLFA.;NARVAI,PC.	Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde	<i>Revista de saúde Pública,2010</i>
BUSS,PM.	Globalização, pobreza e saúde	<i>Ciência &amp; saúde Coletiva ,2007</i>
NARVAI,PC	Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade	<i>Rev.Saúde Pública,2006</i>
ZANETTI,CHG.	OPINIÃO: a inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanço do SUS.	Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília,2001

HOLANDA,ALF. et al.	Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal	<i>Ciência &amp; Saúde Coletiva,2009</i>
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE	Desenvolvimento de sistemas de saúde – série técnica	Organização Pan-Americana da Saúde –OPAS/OMS , 2006
VIANA,ALD.,POZ,MRD.	A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.	<i>Physis,1998</i>

## 6 DISCUSSÃO

A busca por um modelo de saúde que amplie o acesso e se ajuste às necessidades locais e preceitos SUS é uma preocupação da população e de seus dirigentes. O modelo que mais tem avançado no país é a ESF, que tem como meta a ampliação do acesso e qualificação da atenção (CARVALHO et al.,2004). Segundo Souza e Roncalli (2007), a ESF consiste na reformulação do processo de trabalho inserido nos preceitos do SUS e centrado na vigilância à saúde , aliando ações de promoção, prevenção e reabilitação, tendo a família como foco da atenção.A atual política de saúde bucal tem como um dos seus pressupostos a oferta de ações e serviços de saúde bucal através da inclusão das equipes de saúde bucal na ESF. A portaria 1444 de 28/12/2000 inseriu formalmente os membros da equipe de saúde bucal na ESF e determinou o incentivo financeiro para as equipes de saúde bucal (BRASIL,2000). Este incentivo gerou uma grande expansão da saúde bucal na ESF, mas não implicou necessariamente na mudança do modelo e melhoria do acesso (VIANA et al.2001).

Segundo Chaves et al. (2012 ), as Pesquisas Nacionais de Amostras de Domicílios têm demonstrado uma maior utilização dos serviços odontológicos, apesar de ainda persistirem desigualdades importantes no acesso, tais como renda , barreiras geográficas e padrões de cuidado nos municípios. Para Peres et al.(2012) ,as desigualdades sócio-econômicas são observadas na maioria dos agravos bucais, assim como nos indicadores de acesso e utilização dos serviços odontológicos. Fatores de risco e proteção podem incidir de modos diferentes sobre os estratos sociais, com efeitos benéficos ou deletérios atingindo a população de maneiras diferentes, aumentando as desigualdades em saúde (ANTUNES; NARVAI, 2010). A ampliação das equipes de saúde bucal na ESF é uma das medidas para redução das desigualdades sociais em saúde bucal e houve uma maior utilização dos serviços odontológicos no período de 2003 a 2008, diminuindo inclusive a proporção de pessoas que nunca foram ao dentista, principalmente entre os mais pobres. A ESF tem um potencial de possibilitar mais acesso em relação ao modelo tradicional, apesar de por si só não ser capaz de recuperar os problemas de acessibilidade na atenção primária (CHAVES et al.,2012).As mudanças em um modelo assistencial dependem dentre outros fatores do contexto político de organização dos serviços e principalmente do envolvimento dos membros da equipe (SOUZA; RONCALLI,2007).

Carvalho et al. (2004) constataram que qualquer mudança no modelo público de assistência odontológica pode ser alcançado se houver clara vontade política e incorporação dos cirurgiões-dentistas ao processo de ações articuladas com a intersetorialidade e equipes multidisciplinares, apesar do modelo de formação vigente no país que define um perfil profissional voltado para a prática individualista, fragmentada e com pouco valor para a saúde

coletiva e mesmo sendo difícil mensurar este impacto da mudança do modelo nas ações de saúde bucal do PSF há um evidente progresso do ponto de vista universalidade.

Viana et al. (2011) destacam que a cobertura populacional pela ESF é um dos elementos constitutivos do acesso, mas não o suficiente para indicar que o acesso tenha se ampliado. Desde a criação do incentivo para a implantação das equipes de saúde bucal houve um grande crescimento das mesmas no Brasil, mas pouco tem sido feito para monitorar os seus impactos, inclusive para propor novas estratégias para a melhoria do acesso da população aos serviços odontológicos.

Pereira et al. (2009) mostraram que com as equipes de saúde bucal na ESF o impacto em relação ao acesso é positivo quando comparado com áreas não cobertas por unidades de PSF ou PACS, ou quando cobertas por unidades de modelo tradicional. Uma das hipóteses levantada pelos autores para a ocorrência deste fato e de que as equipes de saúde bucal ainda mantêm a prática tradicional com baixo impacto e cobertura ainda pautado na abordagem curativo-reparadora.

Tomasi et al. (2011) não encontraram diferenças em relação ao acesso quando compararam os modelos do PSF e unidades tradicionais, mas no modelo do PSF os atendimentos dos odontólogos foram duas vezes maiores do que nas unidades básicas tradicionais, o que leva a entender uma maior participação de outros profissionais no processo de saúde, visto que nas unidades tradicionais o processo de trabalho é muito centrado na figura do médico. Rocha e Góes (2008) em um estudo realizado em Campina Grande, Paraíba, não encontraram diferenças no acesso aos serviços de saúde bucal entre os residentes em áreas cobertas e não cobertas pela ESF. Na reflexão realizada pelos autores sobre o papel das equipes de saúde bucal na ESF na ampliação do acesso aos serviços de saúde entenderam que esse menor acesso das áreas cobertas poderia ser explicado pela não adequação da formação profissional, ainda fortemente tecnicista baseada no modelo biomédico e por influências das variáveis renda e idade e direcionamento dos serviços para crianças em idade escolar.

Por outro lado, Pereira et al. (2012) encontraram efeito positivo com relação ao acesso quando compararam áreas cobertas e não cobertas pelas equipes de saúde bucal na ESF apesar dos dados do estudo demonstrarem que os resultados poderiam ser melhores, principalmente tendo em conta o investimento e a proposta de reversão do modelo. O desempenho das equipes é influenciado pela maneira como são estabelecidas as estratégias de implantação em cada local. Barbosa et al (2007), concluíram que a saúde bucal na ESF é uma possibilidade para assistência universal e igualitária, sendo a melhoria do acesso uma das metas a ser alcançado. No estudo realizado por eles constatou-se que havia uma interação satisfatória entre os componentes da equipe de saúde bucal na perspectiva de um modelo de atenção voltado para a promoção da

saúde contemplando a equidade, integralidade e facilitação do acesso aos serviços de saúde bucal.

No estudo de Emmi e Barroso (2008) em Mosqueiro, Pará, demonstrou-se o acesso a saúde bucal como uma das melhorias da inclusão da ESB, assim como a satisfação dos usuários com a equipe e melhoria da qualidade da saúde bucal. Lourenço et al (2009) em estudo realizado em Minas Gerais observaram uma evolução quantitativa das equipes de saúde bucal, principalmente após o aumento dos incentivos financeiros e este fato possibilitou um maior acesso aos serviços de saúde bucal. Entretanto, ocorrem muitas dificuldades na inserção destas equipes, principalmente devido ao fato de terem sido inseridas tardiamente, pela formação tecnicista dos dentistas e pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo dos profissionais impedindo-os de interagir com os demais membros da equipe. Segundo o relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, as condições de saúde bucal e as condições dos dentes são sem dúvida um dos mais significativos sinais de exclusão social e para o seu enfrentamento são necessárias muito mais do que ações assistenciais competentes, mas antes de tudo políticas intersetoriais e integração das ações de promoção, prevenção e reabilitação, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e compromisso das três esferas de governo (NARVAI, 2006).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF vem definitivamente romper com o modelo excludente e tecnicista que vigorou na saúde pública brasileira. Promove uma inversão do modelo assistencial e propicia à formação de novos vínculos e responsabilidades. O usuário sai da posição de objeto passivo para agente modulador e modificador do processo de trabalho e práticas de assistência.

O campo da saúde sempre se moldou aos contextos políticos e sociais das épocas. A saúde bucal por sua vez sempre acompanhou as práticas hegemônicas excludentes e pouco resolutivas dos modelos vigentes, nunca resolvendo de fato o problema de saúde dos brasileiros. Durante muitos anos ficamos conhecidos como o país dos desdentados, um paradoxo com o grande número de profissionais cirurgiões dentistas. No novo contexto social do país onde trabalhadores da saúde e usuários estão lutando por seus direitos e cidadania, é imperativo que a saúde bucal faça parte efetivamente da ESF. A ESF permite que a odontologia esteja junto aos preceitos do SUS de universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade, além de ser uma das formas de diminuir as iniquidades no campo da saúde. As equipes de saúde bucal apresentam uma clientela adscrita, e estão próximas das moradias, trabalhos e realidades da vida dos usuários, permitindo que estes façam parte do sistema.

As equipes de saúde bucal na ESF aumentam o acesso aos serviços odontológicos além de promover a integralidade da atenção, pois equipe completa não é aquela apenas com médicos e enfermeiros, mas com cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e todas as outras disciplinas necessárias para os cuidados básicos eficientes. O acesso é aumentado pela maior carga horária destes profissionais, além do maior número de procedimentos que estas equipes proporcionam quando comparadas com as de modelo tradicional, além de valorizar a participação de outros profissionais que não sejam médicos.

Os incentivos financeiros têm aumentado consideravelmente o número de equipes de saúde bucal em todo o Brasil e conseqüentemente o acesso, mas os problemas de acessibilidade ainda continuam aliados muitas vezes aos contextos políticos e organizacionais dos municípios, além de graves problemas com os recursos humanos das equipes. Para que as equipes de saúde bucal possam, de fato, aumentar o acesso e acessibilidade é necessário uma mudança no modelo de atenção, não só no papel ou nas diretrizes, mas na prática da assistência. Equipes que continuam a trabalhar no mesmo modo das equipes tradicionais não conseguem melhorar o acesso ou os indicadores epidemiológicos e os de qualidade de vida. É necessário que a inclusão das equipes seja feita de maneira integrativa, valorizando o trabalho em equipe, com cursos introdutórios e de educação permanente. A saúde coletiva, antes segundo plano junto às



disciplinas clínicas deve ser valorizada e reaprendida pelos profissionais. A escolha de um perfil profissional que seja adequado às novas necessidades do modelo é muito importante, além, é claro, da valorização adequada dos profissionais.

Todas estas dificuldades apontadas são realidade em Ibitité. A inclusão tardia das equipes de saúde bucal na ESF provocou uma dificuldade de integração com os outros profissionais das equipes, formalizando a tendência histórica da saúde bucal de isolamento. A coordenação de saúde bucal vem tentando exaustivamente promover esta integração através de reuniões com as equipes para poder sensibilizar os profissionais para o trabalho em equipe multidisciplinar, mas as dificuldades são grandes para que o trabalho em equipe se configure na prática diária. O apoio da coordenação de atenção primária é incipiente e isto reflete de forma negativa no interesse da equipe e principalmente no processo de trabalho e nas condições de acesso dos usuários que não conseguem transitar livremente em um sistema único e integral, mas que na verdade, transita em dois sistemas diferentes, como se a boca fosse um estrutura separada do restante do indivíduo e do processo saúde doença.

O perfil profissional é outra grande dificuldade. A maioria dos profissionais que realizaram o processo seletivo para compor as equipes de saúde bucal não são sanitaristas e nunca trabalharam no SUS, sendo sua prática oriunda de consultórios particulares trabalhando com especialidades distintas. Estes profissionais buscaram quando realizaram o processo seletivo uma estabilidade profissional e financeira. Estamos investindo em cursos introdutórios e educação permanente, mas o apoio por parte da gestão é pequeno, principalmente quando envolve recursos financeiros. O resultado é que estamos trabalhando em um modelo de transição, entre o tradicional e o modelo da ESF. O impacto com relação ao acesso melhorou, mas principalmente porque as equipes foram instaladas em áreas com pouca ou nenhuma cobertura do serviço.

A vontade política do município é favorável à implantação das equipes de saúde bucal, mas ainda não há vontade política suficiente para poder ajudar na mudança do modelo de assistência. O interesse maior é ainda relacionado ao número de atendimentos e procedimentos e não como são realizados estes atendimentos visando realmente mudanças positivas no binômio saúde-doença.

As práticas de saúde devem ser direcionadas para a integralidade, escuta qualificada, trabalho em equipe, vigilância em saúde e principalmente intersetorialidade. Promoção, prevenção e reabilitação devem estar juntas em patamares de importância e sua utilização deve ser direcionada ao contexto das populações e suas necessidades, sempre atentas aos condicionantes e determinantes do processo saúde doença. Somente desta forma a inclusão da

saúde bucal na ESF vai possibilitar aumento do acesso e acessibilidade às ações e serviços de saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES,JLF.;NARVAI,PC.Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde . *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.44, n.2, p.360-365, apr./fev.2010

BARBOSA,AAA.;BRITO,EWG.;COSTA,ICC.Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepção de cirurgiões-dentistas e auxiliares de um município.*Ciência Odontológica Brasileira*, São José dos Campos,v.10,n.3,p.53-60,jul./set.2007.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C. JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. *Ver Assoc Med Bras*; v.50, n.1; p.1-9, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde.Portaria GM/MS 1444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestado nos municípios por meio do programa Saúde da Família. Brasília, 2000.

BRASIL,Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 267 de 06 de março de 2001. Define as diretrizes e normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Brasília, 2001a

BRASIL,Ministério da Saúde.Departamento de Atenção Básica.*Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 126 p.2001b

BRASIL,Ministério da Saúde,2004. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/Coordenação Nacional de Saúde Bucal: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde,2006.Portaria GM/MS 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília,2006.

BRASIL.Ministério da Saúde.Portaria GM/MS 2488 de 21 de outubro de 2011.Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para

organização da Atenção básica, Estratégia Saúde da Família(ESF),Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Brasília,2011

CARVALHO,DQ. et al.A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.*Boletim da Saúde*,São Paulo,v.18,n.1,p.175-184, jan./jul.2004

CHAVES,SCL. et al.Características do acesso e utilização de serviços públicos odontológicos em municípios de médio porte.*Ciência e Saúde Coletiva, edição especial Abrasco*,2012

EMMI,DT.;BARROSO,RF.Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família, no distrito de Mosqueiro ,Pará.*Ciência &Saúde Coletiva*,Rio de Janeiro,v.13,n.1,p.35-41,jan./fev.2008

HOLANDA, ALF. et al.Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal.*Ciência &Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,v.14,supl.1,p.1507-1512,set./out.2009

KOYASHIKI, GAK.;ALVES-SOUZA,RA.GARANHANI,ML.O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família.*Ciência &Saúde Coletiva*,Rio de Janeiro,v.13,n.4,p.1343-1354,jul./ago.2008

LOURENÇO et al.A inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, supl.1, p.1367-1377, 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.Cuidados primários de saúde.Brasil:Unicef,1979. relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS 6/12 Set.1978

NARVAI, PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade.*Revista de Saúde Pública*,n.40,p.141-147,2006.

PEREIRA, CRS. et al.Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos.*Cadernos de Saúde Coletiva*,Rio de Janeiro,v.25,n.5,p.985-996,2009

19 PEREIRA, CRS, et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.449-462, mar.2012

PERES, KG. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de Saúde Pública*, v.46, n.2, p. 250-258, 2012

ROCHA, RACP.; GÓES, PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família, em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.2871-2880, dez.2008

SOUZA, TMS.; RONCALLI, AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2727-2739, Nov.2007.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.11, p.4404, 2011

VIANA, ALD.; POZ, MRD. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, jul./dez.1998

VIANA, IB. MARTELLI, PJL.; PIMENTEL, FC. Análise da evolução das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia saúde da Família em Pernambuco, no período de 2001 a 2009. *International Journal of Dentistry*, Recife, v.10, n.4, p.242-248, out./dez.2011

ZANETTI, CHG. Opinião: a inclusão da saúde bucal no PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. Brasília, 2001. Trabalho acadêmico (Polo UnB/Planaltina-DF) de Ensino e Pesquisa em Saúde Bucal/Departamento de odontologia, Universidade de Brasília, UnB