

PATRÍCIA PINHO BOARETO

**A INCLUSÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

CAMPOS GERAIS – MG

2011

PATRÍCIA PINHO BOARETO

**A INCLUSÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

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

Orientadora: Prof.^a Andréa Clemente Palmier

CAMPOS GERAIS – MG

2011

PATRÍCIA PINHO BOARETO

**A INCLUSÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

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

Orientadora: Prof.^a Andréa Clemente Palmier

Banca examinadora

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____.

CAMPOS GERAIS – MG

2011

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que sempre iluminou e guiou o meu caminho, me fortalecendo nos momentos mais difíceis.

À minha família, em especial, Marcelo que me incentivou e soube lidar com os momentos ausentes do nosso convívio para que eu pudesse alcançar mais uma meta.

À Equipe do PSF - Nossa Senhora de Fátima, Luciene e Sabrina que sempre muito prestativas, contribuíram com seus conhecimentos em todos os momentos de dúvidas.

Às minhas companheiras de viagem e curso Andréia, Eliana e Rosana pela amizade sincera, dividindo sofrimentos, ansiedades e alegrias.

Ao Nescon/UFMG que proporcionou o meu ingresso nesse curso de especialização, mestres, professores e orientadora Andréa Clemente Palmier pelos ensinamentos, profissionalismo, em especial a Lucimari Romana Dipe de Faria, que tão eficiente e capacitada, proporcionou uma grande mudança na maneira de conduzir os meus atos na prática odontológica e em relação à saúde pública, ampliando o meu horizonte e modificando a maneira enxergar e atuar na comunidade pertencente ao meu território adscrito.

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, a fim de reorganizar o modelo de atenção à saúde à população brasileira. O seu objetivo era remover o foco das doenças, dando ênfase na melhora da qualidade de vida dos indivíduos, por meio de ações voltadas principalmente ao cuidado e promoção da saúde.

Em 2000, viu-se a necessidade de incluir a odontologia na Equipe de Saúde da Família (ESF) para mudar os serviços odontológicos prestados. Somente a realização de procedimentos curativos não estava gerando o resultado esperado, ou seja, o acesso ao tratamento odontológico de toda a população com diferentes faixas etárias e a diminuição dos problemas bucais sendo um grande avanço na tentativa de universalizar o acesso e trabalhar com a lógica da territorialização.

Com a inclusão da odontologia na Estratégia Saúde da Família viu-se a oportunidade de reverter esse quadro, visando contribuir com o princípio da integralidade, ou seja, visualizar o indivíduo como um todo e não por partes, oferecendo um serviço em todos os níveis e garantindo também a intersetorialidade, realizando ações destinadas à promoção de saúde, identificação, prevenção e o tratamento em si das doenças bucais, levando a uma melhor conscientização de nossos usuários.

Para isso, o cirurgião-dentista deve ser capacitado e realizar avaliações periódicas do seu trabalho. Deve agir de uma maneira ativa: indo ao encontro dos usuários; conhecendo o território, os problemas, as condições sócio-econômicas de cada indivíduo; mudando a maneira de atuar, sempre que houver a necessidade; e criando estratégias para atingir o resultado esperado naquele momento.

Este trabalho foi realizado a partir de uma revisão da literatura, presentes em artigos pesquisados no período entre 2001 a 2011 com o principal objetivo de discutir a importância de integrar a Equipe de Saúde Bucal (ESB) a ESF, para recuperar a saúde bucal e geral de nossos usuários, contribuindo para a criação de vínculos entre profissionais e assistidos, aumentando o acesso ao serviço oferecido, já que uma maior proximidade entre a Equipe e a comunidade faz com que o paciente sinta-se mais seguro e confiante, favorecendo a mudança de hábitos e em consequência, uma resolução de seus problemas e melhora da qualidade de vida.

Palavras chave: Políticas públicas em saúde; SUS; Inclusão da ESB na ESF; Funções da ESB na ESF.

ABSTRACT

The Family Health Program (FHP) was created in 1994 by the Ministry of Health in order to reorganize the model of health care to the population. Their goal was to remove the outbreak of the diseases, with emphasis on improving the quality of life of individuals, through actions directed mainly to the care and health promotion.

In 2000, saw the need to include dentistry in the Family Health Team (FHT) to change the dental services provided. Only the performance of curative procedures was not generating the expected result, ie, access to dental treatment of all people with different ages and the reduction of dental problems are a major advance in the attempt to universalize access and work with the logic of territorialization.

With the inclusion of dentistry in the Family Health Strategy saw the opportunity to reverse this situation, to contribute to the principle of comprehensiveness, or view the individual as a whole and not parts, offering a service at all levels and also ensuring the intersectoral, performing actions to promote health, identification, prevention and treatment of dental disease in itself, leading to a better awareness of our users.

For this, the dentist should be trained and conduct periodic evaluations of their work. Must act in an active way: reaching out to users, knowing the territory, the problems and socio-economic conditions of each individual, changing the way we act, whenever there is a need, and creating strategies to achieve the expected result that moment.

This study was conducted from a literature review, in articles surveyed in the period 2001 to 2011 with the primary purpose of discussing the importance of integrating the Oral Health Team (ESB) FHS, to recover the oral and general health of our users, contributing to the creation of links between professionals and assisted by increasing access to the service offered, as a greater closeness between the team and the community makes the patient feel more secure and confident, encouraging changes in habits and consequently, a resolution of their problems and improve quality of life.

Keywords: Public policy in health; SUS inclusion of ESB in FHS; Role of ESB in FHS

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACS – agente comunitário de saúde

ASB – auxiliar de saúde bucal

CD – cirurgião- dentista

ESB – equipe de saúde bucal

ESF – estratégia saúde da família

IBGE – instituto brasileiro de geografia e estatística

MS – Ministério da Saúde

NOAS – norma operacional básica da assistência à saúde

ONU – organização das nações unidas

PACS – programa de agentes comunitários de saúde

PNAD – pesquisa nacional por amostra de domicílio

PSF – programa saúde da família

SIAB – sistema de informação da atenção básica

SILOS – sistemas locais de saúde

SUS – sistema único de saúde

TSB – técnico em saúde bucal

USF – unidade saúde da família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivos gerais	10
2.2	Objetivos específicos.....	10
3	JUSTIFICATIVA.....	11
4	METODOLOGIA	12
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
5.1	As políticas públicas e a organização dos serviços em saúde	13
5.2	A Estratégia Saúde da Família	14
5.3	As políticas públicas e a organização dos serviços em saúde bucal	18
5.4	A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família	20
5.5	As atribuições da Equipe de Saúde Bucal na ESF	22
5.5.1	<i>As atribuições dos profissionais da ESB</i>	<i>25</i>
5.5.2	<i>Atribuições do cirurgião-dentista</i>	<i>25</i>
5.5.3	<i>Atribuições da auxiliar de saúde bucal</i>	<i>26</i>
5.5.4	<i>Atribuições do técnico em saúde bucal</i>	<i>27</i>
6	DISCUSSÃO	28
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

1. INTRODUÇÃO

Tendo em vista a redução da disparidade existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade concreta de oferta de ações de serviços públicos à população brasileira, foram definidas, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade, conforme descrito na lei 8080, uma lei orgânica da saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2006).

Durante anos, foram estabelecidos modelos de atenção à saúde no país e o SUS sofreu inegáveis transformações. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) institucionalizou o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorientar o modelo assistencial vigente, revertendo a forma da prestação de assistência à saúde que organizava a atenção básica. Porém, a odontologia ainda não estava inserida nessa nova proposta.

Em 2000, foi criado o incentivo de saúde bucal pelo Ministério da Saúde, que propiciou a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Com este acontecimento, a integralidade dos cuidados, passo importante na observância dos princípios do SUS, pôde ser praticado.

Trabalho no PSF Nossa Senhora de Fátima na cidade de Varginha (MG), onde realizo os atendimentos curativos e parte dos preventivo-promocionais de saúde em um consultório fora da minha unidade, localizado em uma escola municipal. Entretanto, eu, como a maioria dos odontólogos que trabalham no PSF nos encontramos frequentemente diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguros e despreparados para exercermos nossas atividades. Isso porque nós recebemos uma formação voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase na determinação social do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde. Além de muitas vezes, nos sentirmos excluídos do restante da Equipe, talvez pela inserção tardia da ESB a ESF.

Dá a necessidade de serem realizadas capacitações para os profissionais envolvidos, para que haja uma avaliação e elaboração de estratégias no sentido de melhorar a sua qualificação e suas condições de trabalho, mudando assim, cada vez mais a sua maneira tradicional de atuar.

Diante dessa in experiência vivida em meu cotidiano profissional é que busquei realizar essa especialização em Saúde da Família e também o tema escolhido desse trabalho de conclusão de curso, a fim de adquirir novos conhecimentos que ampliassem o meu horizonte e a minha maneira de conduzir os fatos, para só assim conseguir atuar em cima da proposição desse novo modelo de atenção.

Há a necessidade de mudanças dos saberes e práticas nos processos de trabalho em saúde; isso exige, porém, novos padrões cognitivos e culturais. A mesma enfatiza que para sairmos da relação entre clínica e saúde coletiva, é necessário que na clínica as ações sejam mais do que apenas o diagnóstico de sinais e sintomas, observando a subjetividade do processo do adoecimento.

As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família devem ser frequentemente avaliadas e adaptadas às necessidades da comunidade. É fundamental o acompanhamento dos dados, para posteriormente consolidá-los e servir de base para o planejamento e o redirecionamento das ações (ARAÚJO & DIMENSTEIN, 2006).

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivos gerais

Obter um melhor conhecimento a respeito das atribuições do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família, por meio de uma revisão bibliográfica, a fim de ampliar a sua atuação e eficácia dentro da Unidade.

2.2- Objetivos específicos

- Entender as dificuldades e facilidades encontradas pela Equipe de Saúde Bucal que geram sucessos ou insucessos com a atuação na promoção de saúde;
- Realizar uma abordagem mais completa desse tema, a fim de ampliar a atuação do cirurgião-dentista dentro da Equipe Saúde da Família;
- Aprofundar o conhecimento das ações preventivas dentro da área da Odontologia para melhorar a qualidade do serviço oferecido.

3. JUSTIFICATIVA

A partir do aprofundamento de estudos sobre a ESF, realizados no curso de especialização, ficou clara a necessidade de uma melhor compreensão dos direitos e deveres do cirurgião-dentista dentro da Equipe Saúde da Família, assim como as suas reais funções dentro da unidade de atenção primária, com o objetivo de melhorar o acolhimento, o acesso ao serviço prestado pela ESB e em consequência, melhorar a qualidade de vida de nossos assistidos.

Através deste trabalho quero adquirir um conhecimento amplo das ações do cirurgião-dentista dentro da equipe para amenizar as dificuldades encontradas na área da Odontologia para atingir a toda a população, criando uma ligação entre a ESB e a ESF, resultando numa maior cobertura do levantamento, prevenção e cura das doenças acometidas na boca, favorecendo assim a melhoria dos níveis de saúde geral e bucal dos assistidos de nossa área de atuação.

4. METODOLOGIA

A metodologia é uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida no método do trabalho de pesquisa.

A orientação metodológica, no presente estudo, encontra-se voltada para uma revisão da literatura científica, a partir da qual foi realizado um levantamento de trabalhos que apresentavam em sua abordagem a inclusão da odontologia na ESF.

Trata-se de um trabalho teórico realizado no primeiro semestre de 2011, estruturado a partir de uma revisão de literatura, onde foram realizadas buscas de dados em artigos publicados no período de 2001 a 2011, no Lilacs, Medline, Scielo usando como palavras chave: políticas públicas em saúde, inclusão do dentista no PSF, funções do dentista no PSF, inserção e função da equipe de saúde bucal no PSF, além de algumas apostilas utilizadas durante os módulos do curso de especialização em Saúde da Família.

Palavras chave: Políticas públicas em saúde; SUS; Inclusão da ESB na ESF; Funções da ESB na ESF.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1- As políticas públicas e a organização dos serviços em saúde

Durante praticamente todo o século XX, o hospital e seu quadro médico ocuparam uma posição central na organização dos sistemas de saúde de praticamente todos os países do Ocidente. Mas não foi sempre assim. Antes, este ficava localizado próximo às igrejas e recebia todo tipo de pessoas que necessitassem de alguma ajuda: não só os doentes, mas também os pobres, incapacitados, vagabundos, órfãos, idosos, etc. Porém, essa assistência não tinha como objetivo a cura de seus males, mas principalmente a salvação de suas almas (FARIA et al., 2008).

Progressivamente, os hospitais foram saindo da gestão das Igrejas passando para o Estado, tornando-se então um local de doentes e médicos, para lá atraídos pela possibilidade de estudar e melhorar a sua prática clínica (FARIA et al., 2008).

Após a segunda guerra mundial, ocorreu um grande aumento da procura por serviços hospitalares, e em consequência disso, elevou-se o número de hospitais, profissionais e serviços prestados por eles. No entanto, essa ampliação nos gastos não foi acompanhada pela melhoria dos indicadores de saúde. Viu-se então a necessidade de redução ou racionalização dos gastos com serviços hospitalares e a proposta de melhoria dos serviços de saúde por meio da atenção básica (FARIA et al., 2008).

No Brasil, as estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre visavam o bem estar da população. As políticas de saúde do Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras. Durante o período da República, as metas eram o saneamento dos portos e núcleos urbanos, no intuito de manter condições sanitárias mínimas para facilitar as relações comerciais com o exterior (ROSA & LABETE, 2005).

Os vários modelos assistenciais presentes no Brasil: a Odontologia Sanitária, a Odontologia Simplificada e o Sistema Integral marcaram os nossos processos de trabalho em saúde. Com o passar dos anos e após os resultados adquiridos com os antigos modelos de assistências, concluiu-se que implantariam a Estratégia Saúde da Família como modelo de reorganização da atenção básica no Brasil, com o objetivo geral de refletir sobre a atual situação da saúde e consolidar o modelo assistencial do SUS.

5.2- A estratégia saúde da família

Segundo Baldani (2005 apud LOURENÇO et al., 2009), a implantação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, determinou grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil. O reconhecimento da crise do modelo assistencial predominante, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visem à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde. No Brasil, as tentativas de mudanças no modelo assistencial foram desencadeadas com a evolução de dois programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste e o Programa Saúde da Família em 1994. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério de Saúde percebe a importância dos Agentes Comunitários em Saúde (ACS) nos serviços básicos de saúde e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais focando somente o indivíduo e sim toda a família. Veio como uma nova estratégia de atenção à saúde e reorientação do modelo de assistência, em conformidade com os princípios do SUS (FARIA et al., 2008).

O PACS foi o braço auxiliar no estabelecimento e na organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Para a adesão dos municípios ao programa, certos requisitos passaram a ser exigidos: o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde; a existência de uma unidade básica de referência no programa; a disponibilidade de um profissional de nível superior para a supervisão dos agentes comunitários de saúde e auxílio às ações de saúde; e a existência de um Fundo Municipal de Saúde para receber os recursos do programa. Sendo estes programas implantados primeiramente nas áreas de risco (OLIVEIRA & SALIBA, 2005).

A ESF constitui um marco operacional rumo à transformação do modelo assistencial brasileiro, impondo a necessidade de rever as atuais práticas (FAMEMA, 2001). Na conjuntura atual da política da saúde brasileira, a ESF tem desempenhado um papel estratégico para a construção e consolidação do SUS (FIGUEIREDO et al., 2010). Constitui-se como processo de reforma incremental do SUS recebendo a missão de ser o ‘eixo estruturante da organização dos serviços no âmbito do sistema público no Brasil’. Tornou-se o carro-chefe do modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo tradicional de assistência impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde (SOUZA & RONCALLI, 2007).

Assim, tanto as exigências de um mundo globalizado, interessado na redução de custos dos serviços sociais e de saúde, requerendo lucros crescentes, impulsionaram pelo Estado, de políticas públicas em direção à família, sendo a ESF uma das traduções desses movimentos.

O surgimento da ESF na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete a valorização da família nas agendas das políticas sociais brasileiras, além de poder ser justificado em função das mudanças sócio-políticas operadas no País, dada a consolidação crescente da proposta neoliberal, que determina o desinvestimento em saúde, em especial no âmbito hospitalar/curativo.

A ESF estrutura-se em uma unidade de saúde e/ou domicílios, facilitando a identificação e um tratamento humanizado. Atua com uma equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários. A partir de 2000, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultórios dentários e técnicos de higiene bucal, assumem a responsabilidade por uma determinada população, em um território definido, onde desenvolvem suas ações. Integram-se numa rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral dos indivíduos e famílias, assegurando-se referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica.

O trabalho da equipe multiprofissional inclui ações intersetoriais, ações programadas a partir de prioridades epidemiológicas e intensa participação comunitária. O envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, torna-se fundamental para a construção do novo processo assistencial, possibilitando a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Configura também, uma nova concepção de trabalho, com capacidade de formar vínculos e criar alianças, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do fortalecimento do sistema-usuário (BALDANI et al., 2005).

O ano de 1994, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o 'Ano Internacional da Família', constitui-se também como o marco/momento brasileiro de oficialização da família, como foco do cuidado profissional de saúde em atenção básica através do Programa Saúde da Família.

Assim, o PSF apresenta-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como o centro de atenção. Uma nova visão no processo de intervenção é introduzida com uma maneira mais ativa de atuar, onde não se espera a população chegar para ser atendida, pois age sobre ela preventivamente a partir de um novo modelo de atenção, e vai ao encontro daquelas que estejam impossibilitadas por algum motivo de irem à unidade buscar o serviço, por meio das visitas domiciliares.

As suas ações devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural. Em relação à sua saúde, deve percebê-lo como sujeito, capaz de conhecer, compreender, expressar e agir a seu modo e de acordo com sua vivência, respeitando os seus valores. Dessa forma, as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, devem basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para sua efetivação.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, sendo os profissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias cadastradas, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (FARIA et al., 2008).

As Equipes da ESF desenvolvem suas ações acompanhando a população, atuando com uma alta resolubilidade e custos indiretos baixos. Os seus territórios de abrangência englobam os domicílios, escolas e creches. A partir da delimitação de uma área é possível identificar, com mais facilidade, os principais problemas de saúde que afetam aquela comunidade, compreendendo os agravos que atingem a população, permitindo que seja elaborado diagnóstico e a avaliação permanente para planejar e desenvolver ações de saúde coerente com a realidade vivida (EMMI & BARROSO, 2008).

A inclusão da família como foco na atenção básica pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde, ou seja, focado na doença. Elege-se um programa que visa à saúde, produzida num espaço físico, social relacional.

O Programa Saúde da Família tem se tornado, nos últimos anos, o principal programa responsável pela reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. Tem como estratégia a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do SUS e centrado na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação; baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido. Tornou-se uma ação importante do modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo tradicional de assistência impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde (SOUZA & RONCALLI, 2007).

O atendimento do PSF não é simplificado, mas sim uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população, e principalmente, dos grupos mais vulneráveis. Sendo assim, servirá obrigatoriamente como porta de entrada para a assistência (ROSA & LABETE, 2005). O problema do atual modelo está no processo de trabalho médico que acaba operando centralmente na produção do cuidado e da cura. Assim, faz-se necessária uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos demais profissionais. Portanto, para que haja a mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, para uma nova estratégia, um novo profissional, salientando que se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia a dia. Há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo modelo do setor (ROSA & LABETE, 2005).

O cumprimento dos princípios do SUS, como a universalidade e equidade, requer das ESF o conhecimento de sua realidade local, da sua comunidade adscrita. Daí a necessidade de organizar as ações valendo-se de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada. Quando os serviços conseguirem se apropriar dessa tecnologia e compartilhar com a comunidade suas prioridades, todos se beneficiarão, pondo-se em prática dois princípios do SUS, a equidade e o controle social.

Segundo Baldani (2005 apud LOURENÇO et al., 2009), o PSF ao priorizar a atenção básica, não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. O PSF deve estar articulado com os demais níveis de atenção e conhecendo a sua população, com suas necessidades, tem a possibilidade de ordenar os encaminhamentos, racionalizando o uso dos recursos terapêuticos mais caros. Portanto, as ESF, estando inseridas na atenção básica, no primeiro nível de ações, devem articular a referência e a contra-referência dos serviços de saúde.

5.3- As políticas públicas e a organização dos serviços em saúde bucal

Na Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ter capítulo específico e é dado um grande salto para tentar corrigir o tipo de modelo assistencial vigente no país, caracterizado pela prática 'hospital-dependente', pelo individualismo, pela utilização irracional de recursos disponíveis e, acima de tudo, pela baixa resolubilidade, modelo esse gerador da insatisfação da população.

A instalação efetiva do SUS se iniciou na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, usadas como instrumentos reguladores do sistema.

Com a implantação do SUS em 1990, ficam definidos os princípios que devem nortear o novo sistema: a universalidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização, integralidade e a participação comunitária, por meio do controle social, trazendo um grande desafio para a saúde bucal coletiva, que é reformular suas práticas para responder às diretrizes do SUS. Um grande obstáculo era conseguir os recursos financeiros para o pleno financiamento desse sistema. Nesse aspecto, a assistência odontológica pela sua complexidade e 'alto' custo, ficaria sempre relegada a um plano secundário, sendo a Odontologia considerada um apêndice nas políticas de saúde.

Durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como escolares, por meio de programas voltados para a doença cárie e periodontal. O restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos (OLIVEIRA & SALIBA, 2005).

Por décadas, a política de saúde bucal no Brasil foi centrada na prestação de assistência à doença, e grande parte da população brasileira ainda não tinha acesso a cuidados odontológicos. A atenção odontológica deve ser inserida no PSF, atendendo aos princípios básicos do Plano de Reorganização das Ações em Saúde Bucal, na Atenção Básica, proposto pelo Ministério da Saúde, e a consolidação do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA & SALIBA, 2005).

Neste contexto, em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o MS propôs como estratégia de reorganização da atenção básica à saúde, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.

Segundo Baldani (2005 apud ANTUNES & NARVAI, 2008), a inclusão de ESB no PSF com o objetivo de diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal teve a sua concretização por meio da Portaria 1.444/GM de 2000, na qual o MS determinou o incentivo financeiro às Equipes de Saúde Bucal no PSF, com o intuito de buscar a construção de novos processos de trabalho voltados à família, considerando-a uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, em que ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais.

Inserir-se, assim, a Odontologia no programa, e conseqüentemente, a possibilidade de reorientar a atenção odontológica no Brasil.

Foram definidas duas modalidades de equipes, a modalidade I composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e a modalidade II de um CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB).

Em março de 2004, o MS lança o "Brasil Sorridente", política de saúde bucal do Governo Federal, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Cinco frentes de ação foram estabelecidas: ampliação do atendimento na rede básica, criação de centros de especialidades, ações educativas, implantação de próteses e fluoretação das águas. Para ampliar o acesso à rede básica, houve um aumento nos incentivos financeiros para a inclusão das ESB no PSF, com investimentos iniciais na ordem de R\$ 18,9 milhões, resultando em um crescimento de 106% das ESB no PSF entre dezembro de 2002 e setembro de 2004 (LOURENÇO et al., 2009).

A saúde bucal adquire maior importância quando se fala em qualidade de vida da população; assim, é essencial a busca de mecanismos que ampliem o âmbito de suas ações e viabilizem mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira. A luta pela saúde bucal está diretamente vinculada à melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que referenda a responsabilidade e dever do Estado em sua execução (PINTO, 2003).

Mais importante do que desenvolver ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal é realizá-las racionalmente, com avaliações periódicas dentro da unidade e/ou consultório odontológico para saber se realmente estão sendo efetivas, e não simplesmente instituir um "pacote preventivo", o qual tem sido implementado acriticamente pela maioria das ESB.

Outro meio de se obter uma avaliação é através de pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), onde podemos citar os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008, na qual demonstraram que 11,7 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao cirurgião-dentista. De acordo com a pesquisa, desse total 77,9% são crianças de até quatro anos de idade. Em 1998, segundo o IBGE, quase um quinto da população brasileira, 19,5%, nunca tinham visitado um cirurgião-dentista para cuidar da saúde bucal.

A comparação de dados apresenta uma melhora no acesso da população ao atendimento, no entanto, o número ainda é considerado elevado se o percentual for calculado para toda a população do país. São, aproximadamente, 21,6 milhões de brasileiros que nunca

tiveram atendimento. Há 10 anos, eram 29,6 milhões de pessoas (ANTUNES & NARVAI, 2008).

5.4- A inserção da saúde bucal na ESF

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação (EMMI & BARROSO, 2008). No que tange as ESF, como a implantação se deu tardiamente, há de serem consideradas as dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes do PSF, bem como diferenças nas formas de implantação das ESB (LOURENÇO et al., 2009). O fato da Odontologia não estar presente desde o início do programa possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais co-relacionados, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das ESB (BALDANI et al., 2005).

Outro aspecto fundamental desta estratégia diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar ao setor saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o "novo", afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe. Embora constituindo a equipe de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde, esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. Saber lidar com esses encontros é um enorme desafio, pois além do potencial de integração, é também um lugar de conflitos, de resistências e de disputas. Observa-se, portanto, uma necessidade de evolução na integração entre os vários profissionais da ESF; este distanciamento talvez possa ser explicado por fatores como a inserção tardia das ESB na ESF, pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal que dificultam a abordagem do indivíduo como um todo e pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESB, impedindo-a de interagir com os demais profissionais.

A atuação da ESB não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (Ministério da Saúde, 2004). No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos

problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar passa a ser uma responsabilidade (Ministério da Saúde, 2001). O PSF é uma estratégia e parte integrante e fundamental do SUS, o qual vem avançando não uniformemente em todos os municípios com diversos desafios e dificuldades, tais como financiamento, modalidades de contratação, carência de profissionais, capacitação do pessoal, manutenção de quadros, execução financeira e outras (LOURENÇO et al., 2009). Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação a ESF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. A predominância era o atendimento voltado ao escolar, mas como não surtiu um efeito positivo, já que o restante da população ficava sem a cobertura odontológica, principalmente os menos favorecidos, viu-se a necessidade de realizar mudanças nesse sistema (FARIA et al., 2008). Isso porque o PSF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário (SOUZA & RONCALLI, 2007).

A alta ocorrência de necessidades curativas pode ser explicada pela dívida assistencial em saúde bucal a que a população foi submetida ao longo da história e pela ausência de programação das ações. A falta de ações programáticas também pode ser evidenciada em profissionais que não tiveram nenhum treinamento sobre PSF, ou seja, o cirurgião-dentista não está capacitado para planejar ações de acordo com os objetivos do PSF, reproduzindo a clínica particular no serviço público com uma concepção de prática da odontologia de mercado centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente realizada por um sujeito individual (o CD) no restrito ambiente do consultório, com um trabalho de baixa produção (LOURENÇO et al., 2009).

As equipes de saúde bucal devem ser preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando à atuação para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais. Para isso é necessário que haja inicialmente uma modificação no paradigma da prática odontológica baseada no modelo cirúrgico-restaurador. É preciso, então, que sejam formados clínicos gerais com sólidos conhecimentos clínicos, mas também em saúde coletiva, para poder aliar a competência técnica ao compromisso social. Portanto, há a necessidade de ocorrer um treinamento do dentista antes de ser incorporado à equipe, proporcionando ao profissional a compreensão das políticas de saúde propostas pelo SUS, estimular a desmonopolização dos saberes de saúde bucal para o restante da equipe e

capacitar o desenvolvimento de atividades em grupo, como educação em saúde, porque o sucesso dos programas destinados a elevar o nível de saúde bucal, depende fundamentalmente dos recursos humanos adequadamente preparados (EMMI & BARROSO, 2008).

Assim sendo, quando uma ESB participar da fase de cadastramento da população, ou mesmo realizar visitas domiciliares, ela se aproximará das pessoas dentro do seu contexto sóciofamiliar e compreenderá as complexas relações, o que reforça o vínculo e contribui para melhorar a acessibilidade aos serviços. É importante o planejamento e a programação das ações odontológicas, que devem partir das informações epidemiológicas e da definição de critérios de risco de adoecer. Estes instrumentos são importantes para avaliações sobre o impacto das ações, o que, até alguns anos, era impraticável na maioria dos municípios (OLIVEIRA & SALIBA, 2005).

5.5- As atribuições da equipe de saúde bucal na ESF

Segundo a portaria 648 do Ministério da Saúde (2006 apud ARAÚJO & DIMENSTEIN, 2006), os procedimentos clínicos que fazem parte do elenco de atos da produção de saúde bucal da atenção básica que o CD deverá executar são, basicamente, restaurações, periodontia básica, extrações, profilaxia e aplicação tópica de flúor em consultório. Um dos princípios da odontologia moderna é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Nesse sentido, os cirurgiões-dentistas são convidados a repensar a sua prática e exercer um papel dentro da odontologia em saúde coletiva. Os profissionais têm a responsabilidade de advogarem políticas públicas saudáveis e de auxiliarem as pessoas a capacitarem na busca de sua qualidade de vida e da coletividade.

As atribuições do dentista em nível local podem ser direcionadas para o fortalecimento das ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços em saúde. O fortalecimento das ações comunitárias é uma das partes mais importantes para a promoção de saúde bucal da população, visando à integração da abordagem tradicional-vertical com a abordagem horizontal. As pessoas da comunidade são consideradas recursos fundamentais para a construção da saúde bucal. Nesse sentido a contribuição básica é o envolvimento ativo da população. Dessa forma, responsabiliza a população pela busca, promoção e proteção de sua própria saúde. Entre as diferentes possibilidades de envolvimento do dentista com as atividades comunitárias, sugerem-se as seguintes: buscar parcerias com ativistas comunitários para a formação de redes e alianças, apoiar a criação de hortas e pomares como um meio de encorajar ações cooperativas e

alimentos saudáveis associar-se com grupos comunitários ativos na promoção da saúde das mães e crianças, como por exemplo, a pastoral da saúde, proporcionar a participação da população no planejamento e tomadas das decisões em relação à saúde bucal da comunidade, desenvolver ações intersetoriais com outras instituições públicas ou privadas (AERTS & ABEGG, 2004).

A educação para a saúde também faz parte dos programas de saúde pública. Na prática, no entanto, tem-se observado que os profissionais envolvidos nos programas apresentam dúvidas de como e o que fazer. Muitas vezes atuam apenas como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais, nem sempre observando a realidade local. Portanto, apesar do esforço realizado, não se consegue obter o impacto esperado. Esse tipo de trabalho tem sido praticado pelas ESBs, porém sempre foi abordada de maneira tradicional, sem a participação da comunidade nesse processo. As ações educativas realizadas pelos cirurgiões-dentistas se restringem, na maioria das vezes, a palestras ou vídeos educativos. Nas escolas, os temas de saúde bucal são pouco explorados pelos professores e que não há uma articulação entre as equipes de saúde bucal e estas instituições sobre a discussão ampliada e problematização destes temas. Os métodos preventivos tradicionais estão ancorados em percepções do modo de aprender baseado na memorização de informações, o que não satisfaz o objetivo maior, que é a transformação do conhecimento em algo com revelação expressiva, capaz de efetivar-se em geração de autonomia dos próprios cuidados com a saúde. Sabe-se da importância da educação para o controle das doenças bucais e, para isso, é necessária uma integração e articulação do setor saúde com o setor educação. Todavia, atualmente, não existe uma normatização das estratégias preventivas para a Odontologia. Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo. É fundamental o relacionamento com os demais integrantes, como o médico e o enfermeiro. O dentista, através de reuniões de equipe, pode passar informações de saúde bucal para estes profissionais, que vão repassá-las a seus pacientes.

Na esfera da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a ESF. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida para enfrentar, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença, e desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos.

Os profissionais do serviço deveriam atuar sob uma concepção mais ampla, em que trabalhar a doença não seja a prioridade e em que a promoção de saúde e prevenção da doença proporcione às comunidades ferramentas e tecnologias para a sua participação no autocuidado. O CD deve ser um 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.

Segundo o Ministério da Saúde (2004 apud ARAÚJO & DIMENSTEIN, 2006), a visita domiciliar é uma atividade de grande importância no âmbito da educação e prevenção. Possibilita o conhecimento da situação de saúde das famílias com uma maior profundidade; o desenvolvimento de ações promocionais e o acompanhamento de grupos. Além disso, constitui-se em forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias. Segundo os relatos, porém, esta é uma atividade pouco executada por esses profissionais, e quando o é, não há priorização da visita de acordo com o risco das famílias a serem visitadas. Dentre as atribuições do cirurgião-dentista no PSF está o atendimento a grupos prioritários, que são classificados em: crianças, gestantes, diabéticos e hipertensos. O odontólogo deveria, pois, destinar, no mínimo, dois turnos semanais para o atendimento a esses grupos e se reunir frequentemente com essa população, aproveitando os mesmos turnos utilizados pelos outros membros das ESF, compostas pelos médicos, enfermeiros e ACS, para que estes participem desses encontros.

O estabelecimento da carga horária de 40 horas para os profissionais das equipes de saúde sustenta-se na idéia de que esta é uma condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre estes e a população. E, ainda, para melhor desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto o assistencial.

5.5.1- As atribuições dos profissionais da equipe da saúde bucal

As Equipes de Saúde da Família e as ESB trabalham unidas, em conjunto, mas existem atribuições específicas para ambas e para os membros de cada uma descrita por meio de uma portaria do MS, e também temos artigos que outros autores ampliam e complementam essas funções, como será citado abaixo:

5.5.2- As atribuições do cirurgião-dentista

- Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Realizar supervisão técnica do TSB e ASB;
- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF; (Ministério da Saúde, 2006).
- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da Equipe, identificando grupos, famílias, e indivíduos expostos a riscos;
- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita;
- Realizar o atendimento da demanda espontânea;
- Melhorar as condições de saúde bucal de nossos usuários;
- Assegurar o acesso de todas as famílias residentes no território adscrito;
- Avaliar a qualidade das ações desenvolvidas e o resultado obtido;
- Possibilitar o surgimento de vínculos entre os profissionais da Equipe e a população assistida;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando um atendimento humanizado;
- Participar das ações de planejamento e avaliação da Equipe;
- Garantir o registro das atividades no SIAB;
- Rotinizar as ações preventivo-promocionais com o acompanhamento permanente;

- Estimular a manutenção e melhoria das condições da saúde bucal;
- Reduzir a incidência de doenças bucais mais prevalentes;
- Identificar as necessidades e as expectativas da população em relação à saúde bucal;
- Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas;
- Desenvolver ações intersetoriais para a promoção de saúde bucal;
- Realizar exame clínico para conhecer a situação epidemiológica e procedimentos restauradores para tratá-las;
- Capacitar as Equipes no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Capacidade de diagnosticar o risco e fazer o procedimento adequado (tratar ou encaminhar);
- Preenchimento da Ficha D;
- Desenvolver programas em todas as faixas etárias para prevenir as doenças bucais e/ou recuperar a saúde perdida:
 - . 0-5 anos;
 - . adolescentes;
 - . gestantes;
 - . puérperas;
 - . adultos;
 - . diabéticos e hipertensos;
 - . idosos (BRAGA, 2007).

5.5.3- *As atribuições da auxiliar de saúde bucal*

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o TSB nos procedimentos clínicos;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Organizar a agenda clínica;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (Ministério da Saúde, 2006);

- Realizar procedimentos coletivos (escovação supervisionada, evidenciação de placa, bochechos com flúor);
- Realizar procedimentos educativos e preventivos (orientação da higiene bucal, teatros, filmes...);
- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais (BRAGA, 2007).

5.5.4- As atribuições do técnico em saúde bucal

- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (Ministério da Saúde, 2006).
- Auxiliar o CD (trabalho a quatro mãos);
- Realizar procedimentos preventivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento, sob supervisão do CD (BRAGA, 2007).

6- DISCUSSÃO

A ESF foi criada com o intuito de modificar e ampliar a Atenção Básica, diferenciando os serviços oferecidos pela saúde pública no Brasil.

O objetivo almejado é que devemos agir de uma maneira ativa, ou seja, ir ao encontro de nossos usuários, conhecendo o território, os problemas, as condições sócio-econômicas de cada indivíduo que lá habita e com isso mudar a nossa maneira de conduzir os fatos, oferecendo além do tratamento curativo, ações preventivo-promocionais, contando com a participação da comunidade para descobrir as suas reais necessidades.

Para que isso ocorra, os profissionais da equipe têm que ter o perfil e serem capacitados para essa nova filosofia de trabalho e não correr o risco de atuarem no modelo assistencial antigo, onde ficavam esperando o “paciente” passivamente e sem ter o verdadeiro conhecimento da situação.

A integração da ESB a ESF será importante para tratar o indivíduo como um todo, além de modificar o quadro epidemiológico da sua comunidade, facilitar o acesso e dar condições para que esse usuário seja conscientizado, modificando os seus hábitos, cuidando e/ou recuperando a sua saúde, melhorando cada vez mais a qualidade de vida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF tornou-se uma marca institucional e a expressão normativa de uma estratégia programática oriunda do setor governamental de saúde, que vem sendo progressivamente implementada desde 1994 em todo o Brasil.

Uma das principais diretrizes da ESF refere-se ao trabalho interdisciplinar de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde da família, responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias que vivem em uma área geográfica delimitada, onde os profissionais devem atuar com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Os profissionais básicos que compõem a equipe da ESF são os ACS, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico, e o mais recente integrante, a ESB.

Com a inclusão da equipe de saúde bucal à ESF, o Ministério da Saúde fortaleceu a atuação dos princípios do SUS, como por exemplo, a universalidade, integralidade e equidade, organizadas de uma maneira descentralizada e diferenciada já que conta em grande parte com a participação da população. Oferece não só o tratamento curativo, mas também ações que levam a educação em saúde e a orientação que pode levar a uma mudança de hábito em nossos assistidos, sendo estes os pilares fundamentais para a mudança do antigo modelo assistencial.

Nem sempre a ESB consegue desempenhar todas essas ações, principalmente quando se refere às de prevenção aos agravos e promoção de saúde. Muitas vezes, o motivo é a falta conhecimento/preparo dos profissionais e de tempo devido à grande demanda que necessita de procedimentos curativos (CHAVES & MIRANDA, 2008).

Para ocorrer de fato a incorporação da saúde bucal dentro da ESF, é necessário vencer certos desafios, ou seja, mudar a maneira tradicional de pensar e agir da ESB.

A ESB deve criar programas que visem diminuir a cárie dental em todas as faixas etárias, dando prioridades aos grupos de risco existentes dentro do território adscrito, sempre usando o acolhimento, a motivação e a criação de vínculos por meio da humanização do atendimento, conhecendo assim os fatores que possam estar interferindo no seu cotidiano, para tentar conseguir evitar e/ou reverter os quadros de patologias bucais nesses usuários.

Com a união da saúde geral à saúde bucal, o usuário passou a ser visto como um todo, ocorrendo assim à atuação das equipes de multiprofissionais e as intersetoriais. Para que isso ocorra de uma forma apropriada, os profissionais da equipe têm que estar em constante reciclagem através das capacitações, da educação permanente, avaliando, modificando e

planejando sempre o seu processo de trabalho quando necessário, e assim, oferecer à assistência integral e permanente as famílias do território adscrito, identificando as situações de risco à saúde em parceria com a comunidade, os determinantes saúde-doença e desenvolver processos educativos voltados para a melhoria do autocuidado dos indivíduos, levando a uma mudança de hábitos e em conseqüência, atingir o nosso objetivo maior que é a melhora da qualidade de vida de cada usuário presente em nossa área de abrangência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AERTS, D; ABEGG, C; CESA, K. **O papel do cirurgião-dentista no SUS.** Rio Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100013&script=sci_arttext Acesso em: 22 fev. 2011.
2. ANTUNES, J.L.F; NARVAI, P. C. **Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre a desigualdade em saúde.** Brasil, 2008. Disponível em: <http://cfo.org.br/todas-as-noticias/noticias/em-10-anos-cai-78-o-numero-de-brasileiros-que-nunca-foram-ao-dentista/> Acesso em: 23 mar. 2011.
3. ARAÚJO, Y.P; DIMENSTEIN, M. **Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no programa saúde da família de municípios do Rio Grande do Norte.** Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n1/29467.pdf> Acesso em: 22 fev.2011.
4. BALDANI, M.H; FADEL, C.B; POSSAMAI, T; QUEIROZ, M.G.S. **A inclusão da odontologia no programa saúde da família no estado do Paraná, Brasil.** Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400005 Acesso em: 15 fev.2011.
5. BRAGA, W.T et al, eds. **Atenção em saúde bucal.** 2.ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – n.º 17.** Brasília, 2006.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde. Portaria 648 de 28 de março de 2006.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> Acesso em 28 mar. 2011.
8. CHAVES, M.C; MIRANDA, A.S. **Discursos de cirurgiões-dentistas do programa saúde da família: crise e mudança de habitus na saúde pública.** Botucatu, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100012&lng=ptrg&nrm=iso&tlng=ptrg Acesso em: 21 mar.2011.
9. EMMI, D.T; BARROSO, R.F. **Avaliação das ações de saúde bucal no programa da saúde no distrito de Mosqueiro, Pará.** Pará, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n1/07.pdf> Acesso em: 11 fev.2011
10. FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA (FAMEMA). **As atribuições específicas do cirurgião-dentista.** Marília, 2001. Disponível em: http://www.famema.br/saudedafamilia/atribu_cir_dent.htm Acesso em: 23 fev. 2011.
11. FARIA, H.P; COELHO, I.B; WERNECK, M.A.F; SANTOS, M.A. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** Belo Horizonte, 2008. p. 13-32.
12. FIGUEIREDO, P.P; VAZ, M.R.C; SOARES, F.S; SENA, J; CARDOSO, L.S. **Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100013 Acesso em: 23 fev.2011.
13. LOURENÇO, E.C; SILVA, A.C.B; MENEGHIN, M.C; PEREIRA, A.C. **A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde no estado de MG.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009 Acesso em: 17 fev.2011.

14. OLIVEIRA, J.L.C; SALIBA, N.A. **Atenção odontológica no programa de saúde de Campos dos Goytacazes**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500030
Acesso em: 15 fev.2011.
15. PINTO, V.G. **Saúde bucal no Brasil**. São Paulo, 2003. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v17n4/06.pdf> Acesso em: 08 fev.2011.
16. ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6a16.pdf> Acesso em: 09 fev.2011.
17. SOUZA, T.M.S. **A incorporação da saúde bucal no programa saúde da família do Rio Grande do Norte**. Natal, 2005. Disponível em:
http://bdtd.bczm.ufn.br/tesesimplificado//tde_arquivos/2/TDE-2006-05-09T0625552-29/Publico/TatianaMSS.pdf Acesso em: 08 fev.2011.
18. SOUZA, T.M.S; RONCALLI, A.G. **Saúde bucal no programa saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100020 Acesso em: 08 fev.2011.