

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

**AÇÕES COLETIVAS COMO FOCO DE ATUAÇÃO DA  
ODONTOLOGIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Marta Lúcia Pinto Brisighello

Campos Gerais – Minas Gerais

2012

Marta Lúcia Pinto Brisighello

**AÇÕES COLETIVAS COMO FOCO DE ATUAÇÃO DA  
ODONTOLOGIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Agma Leozina Viana Souza

Campos Gerais – Minas Gerais

2012

Marta Lúcia Pinto Brisighello

**AÇÕES COLETIVAS COMO FOCO DE ATUAÇÃO DA  
ODONTOLOGIA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Agma Leozina Viana Souza

Banca Examinadora

Prof. Agma Leozina Viana Souza - orientador

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Aprovado em Belo Horizonte :18/09/2012

## RESUMO

Com a inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família os profissionais estão reconhecendo a necessidade de desenvolver novas práticas de educação e de gestão em saúde. A odontologia integrada à equipe investiu nesse trabalho para ampliar a formação de pessoas na área da saúde e melhorar o acesso à educação de cidadãos e de sujeitos - chave em saúde (professores, agente comunitário de saúde, merendeiras, pais). As ações coletivas representam a principal forma de abordagem da comunidade com a finalidade de promover a educação em saúde. O trabalho foi construído a partir da vivência com a prática de ações coletivas da odontologia desenvolvida para os profissionais das equipes de saúde da família e para os moradores do município de Mococa (São Paulo). Dentre as práticas realizadas estão palestras enfatizando hábitos de higiene e alimentação saudável e ações contemplando a escovação, o controle de placa e o bochecho com flúor. Diante das inúmeras necessidades de serviços em saúde bucal e da amplitude de possibilidades de atuação dos profissionais, faz-se necessário mudar a forma de planejar, cuidar e acompanhar a saúde das pessoas. É a partir desse ponto de vista que se desenvolveu este trabalho.

Palavras chaves: Saúde bucal, Ações Coletivas, Educação Permanente.

## **ABSTRACT**

With the inclusion of oral health in the Family Health Program professionals are recognizing the need to develop new practices in education and health management. The integrated dental team has invested to expand this work to training people in health and improve access to education for citizens and subjects - core health (teachers, community health worker, cooks and parents). The collective actions represent the main way to approach the community in order to promote health education. The work was built from the experience with the practice of dentistry collective action developed for professional teams and family health for the residents of the municipality of Mococa (São Paulo). Among the practices are held lectures emphasizing hygiene and healthy eating and contemplating actions brushing, plaque control and fluoride mouthwash. Given the many needs of oral health services and range of performance possibilities of professionals, it is necessary to change the way you plan, monitor and care for people's health. It is from this standpoint that developed this work.

Keywords: Oral Health, Class Actions, Continuing Education.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ACD** – Auxiliar de Consultório Dentário

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CEABSF** – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**CONASP** - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

**ESB** – Equipe de Saúde Bucal

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PACS** - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

**PSF** - Programa Saúde da Família

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**THD** – Técnico em Higiene Dental

**USF** – Unidade de Saúde da Família

**VD** - Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>09</b>
<b>3. OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>10</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>5. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>5.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO.....</b>	<b>14</b>
<b>5.2 A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF.....</b>	<b>17</b>
<b>5.3 AÇÕES COLETIVAS COMO FERRAMENTA DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL.....</b>	<b>19</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Adotado no Brasil como um elemento reorganizador da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Saúde da Família (PSF), teve início em 1994 com o propósito de ampliar o acesso e garantir a saúde como um direito de cidadania. Organizado de forma regionalizada e hierarquizada, o PSF deve ser a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde e oferecer assistência integral, permanente e de qualidade a uma população delimitada entre 600 a 1000 famílias. Atuando na lógica da transformação das práticas, esta estratégia tem como finalidade integrar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação atuando na longitudinalidade tendo a família, o indivíduo e a comunidade como núcleos direcionadores das ações. As equipes que atuam no PSF podem ser do tipo básico, quando composto por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e um número variável de agentes comunitários de saúde; ou do tipo ampliada, quando integra os profissionais da odontologia: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2006).

Embora a ampliação do programa fosse uma realidade em todo país, quando passou de 328 equipes no ano de 1994 para 5.139 no ano 2000, a odontologia passou a configurar-se no quadro de profissionais da equipe somente em 2001, através da Portaria 267 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Este fato representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2006).

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais do PSF, definidas pelo Gabinete do Ministério da Saúde, na Portaria n° 648/2006 merecem destaque, citar três das competências delegadas: a primeira se refere à prestação do “cuidado em saúde, da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços



comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário”; a segunda diz respeito à “garantia de integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde” e a terceira se refere à “participação em atividades de educação permanente” (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, os profissionais do PSF possuem atribuições relacionadas ao processo de educação em saúde que permeiam o fazer cotidiano das equipes devendo constar nas agendas espaços para o desenvolvimento dessas atividades.

Ações coletivas representam a principal forma de abordagem da comunidade com a finalidade de promover a educação em saúde. Segundo o Ministério da Saúde, ações coletivas em saúde bucal, são incentivadas pelas áreas técnicas como uma alternativa eficaz no combate às doenças mais prevalentes da cavidade bucal (cárie e doença periodontal) e na incorporação de hábitos saudáveis que revertam em melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2006).

Diante do processo de reorganização da assistência à saúde da população e incluída no rol de atribuições dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS), a Política de Educação Permanente vem se consolidando no cotidiano das equipes, seja através de iniciativas institucionais e de maior abrangência, a exemplo do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, ou em iniciativas localizadas onde os próprios integrantes das equipes trocam experiências, saberes e conhecimentos a partir de problemas enfrentados na realidade.

É a partir da vivência com a prática de ações coletivas da odontologia para os profissionais das equipes de saúde da família e para moradores do município de Mococa, que este trabalho será construído

## 2. JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica por considerar necessário e urgente ampliar a contribuição da odontologia para a construção de processos coletivos de ensino e aprendizagem, onde o crescimento e a aquisição de conhecimentos sobre os cuidados com a saúde bucal, se fazem necessários, suprimindo em parte, a carência de informações sobre este tema, renegados à maioria da população brasileira até os anos atuais.

Os dentes permanentes começam a surgir na boca, aos seis anos de idade. Aos doze anos o indivíduo completou a dentição permanente e terá então de vinte e oito a trinta e dois dentes. Neste espaço de seis anos, três dentes poderão estar cariados e a doença continua evoluindo até a fase adulta. Com aproximadamente quarenta anos cerca de vinte dentes poderão estar comprometidos, o mesmo acontece com a doença periodontal (NARVAI, 1988).

É explícito que nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, o consumo inadequado de açúcar é alto, o que constitui uma das causas dos problemas em saúde bucal. A cárie é o principal dano, e afeta principalmente as crianças em idade escolar (6 a 14 anos), seguido pela doença periodontal, oclusopatias, câncer bucal, fluorose, lábio leporino e fendas labiais (NARVAI, 1988). Entretanto, a infância tem maior relação com a prevenção, nessa fase é possível detectar e tratar anomalias que podem ser atenuadas ou eliminadas, evitando assim seu desenvolvimento e a instalação na fase adulta (BRASIL, 2010).

No último inquérito populacional realizado para construção do perfil epidemiológico de saúde bucal, o Projeto SB-BRASIL 2010, apresentou relatório contendo dados sobre a cárie dentária e doença periodontal. Estes são certamente, os agravos que mais afligem a saúde bucal da população adulta brasileira. Este relatório demonstra em parte, a importância da saúde bucal integrada às ações de promoção, prevenção e reabilitação realizadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Um serviço odontológico cuja essência seja preventiva permite condições de influir positivamente no quadro epidemiológico da comunidade sob seus cuidados (BRASIL, 2010).

A experiência aqui relatada pretende colaborar para a organização dos serviços de odontologia nas equipes ampliadas, no que tange às ações coletivas para profissionais e usuários dos serviços de atenção primária.

### **3. OBJETIVO GERAL**

Descrever a experiência da Odontologia no desenvolvimento de ações coletivas em saúde bucal voltada para os profissionais do Programa de Saúde da Família e para moradores do município de Mococa.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Contribuir para o preparo dos profissionais da ESF na promoção da saúde bucal na comunidade.
- Oferecer subsídios teóricos e práticos para os ACS atuarem junto á comunidade realizando atividades individuais e coletivas sobre saúde bucal.
- Ampliar o conhecimento da comunidade para temas em saúde bucal.
- Contribuir para melhorar a qualidade de vida e preservação da saúde bucal das pessoas especialmente das crianças.

#### 4. METODOLOGIA

O direito à informação faz parte dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Lei nº 8.080, daí a necessidade de priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças através de atividades específicas para a organização do serviço.

Ações coletivas estão entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção primária. Os conhecimentos adquiridos durante o Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF), aguçaram o interesse de trocar experiências e conhecimentos em educação para a saúde, com outros profissionais e com a comunidade da cidade de Mococa (SP).

O município dista 250 km de São Paulo, capital, tem uma população de 70.000 habitantes e possui indústrias, agricultura e pecuária. Na área da saúde, a cidade é sede da micro-região, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e o cuidado hospitalar. Embora haja precariedades na estrutura do seu sistema de saúde, há aproximadamente dez anos o município adotou a estratégia da família e conta com quatro equipes de saúde. O trabalho foi realizado no PSF Humberto Cunali, que é responsável por uma população de 3.300 pessoas.

Para embasamento bibliográfico, foi realizada a busca de artigos utilizando as palavras chaves: ações coletivas, saúde bucal e educação permanente. Foram considerados para fins da presente revisão, os artigos entre 2000 a 2010. O Caderno de Saúde Bucal e as Revistas Saúde da Família do Ministério da Saúde tiveram forte relevância para a descrição do tema.

A experiência descrita baseou-se na pedagogia, que defende a metodologia de “aprender fazendo” e “aprender a aprender”, o aprendiz é o foco, devemos despertar a busca pelo conhecimento e o desejo de alterar o comportamento.

Os materiais utilizados para a realização das práticas de educação foram os seguintes: ficha clínica individual; material didático para alunos, professores e pais, escovas de dente e solução fluoretada. A proposta de educação preventiva com material didático apropriado, controle de placa e escovação supervisionada para alunos, pais e professores é mais eficiente e realista para o aprendizado e a mudança de comportamento. Nessa experiência, a abordagem se deu por meio de visitas nos locais de encontro do público

escolhido, sendo programadas quatro sessões ao ano e realizada palestra, exame clínico simples e controle de placa sendo estes procedimentos devidamente registrados na ficha clínica da pessoa atendida.

A primeira ação efetivada ocorreu durante o curso introdutório para PSF coordenado pela Diretoria de Saúde de São João da Boa Vista (SP), com o objetivo de sensibilizar os profissionais para a proposta de trabalho conjunto da odontologia com o PSF. Na ocasião, foi elaborada uma palestra com base nos conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica e contribuiu em muito para unir a saúde bucal com toda a equipe dividindo conhecimento e comprometendo toda equipe com os problemas enfrentados pela saúde bucal. A palestra abordou temas como planejamento com base na realidade local.

Nessa oportunidade, foram discutidos os limites para resolver problemas de saúde bucal que dependem parcialmente das ações diretamente desenvolvidas pela odontologia, a qual tem em mãos uma parcela dos meios e do poder necessários para influenciar e manter sob controle o seu campo de trabalho.

A ESF e principalmente os ACS, se tornaram aliados da Equipe de Saúde Bucal dividindo seu tempo de trabalho para colaborar com as atividades propostas, iniciando tão logo um trabalho de prevenção na área adscrita do PSF Humberto Cunali, na Escola Dalva Yasbeck Bosco e na Creche Madre Tereza. Foram realizadas palestras participativas com explicação sobre a escovação, hábitos de higiene e alimentação saudável, controle de placa e bochecho com flúor.

As atividades propostas foram elaboradas de acordo com a idade das crianças e houve a contribuição empresarial e pública para o fornecimento do material educativo utilizado. Outras ações desenvolvidas pelos ACS foram a aplicação de fucsina, a escovação supervisionada e o bochecho com flúor.

Outro público atendido foram os pais dos escolares, sendo que para este público, houve uma abordagem mais específica no sentido de orientar hábitos saudáveis, diagnosticar pequenas lesões, inflamação, dor, mau hálito e situações de emergência.

Na creche a orientação foi dirigida para crianças menores e para as mães, com ênfase para gestantes e mães amamentando.

As gestantes foram orientadas quanto à segurança do tratamento dentário na gravidez, a alimentação e o atendimento precoce do bebê ainda no primeiro ano de vida.

Na Creche Madre Tereza, as mães foram orientadas quanto à limpeza dos dentes dos seus bebês e quanto à restrição do açúcar na dieta alimentar. A chupeta e mamadeira foram desencorajadas e o aleitamento materno foi estimulado.

Outras orientações gerais no sentido de prevenção dos problemas bucais tais como não usar os dentes para fins mecânicos, tais como: abrir garrafas, partir linhas, quebrar alimentos de casca dura. Usar fio dental diariamente e procurar ajuda do profissional de saúde bucal a cada seis meses.

Assim, diante das inovações geradas pela globalização e a inserção de novas tecnologias, nos coloca diante do desafio de superar as desigualdades sociais, promover a equidade e a justiça social.

## **5. REVISÃO DE LITERATURA**

### **5.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO**

Em um breve histórico, pretende-se descrever a trajetória evolutiva das políticas de saúde no Brasil desde o período colonial até a criação do Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família.

Os estudos afirmam que no período colonial, a assistência à saúde no Brasil, era realizada de forma desordenada, ou seja, não existia legislação para definir a prestação de serviços de serviços e a participação do Estado se restringia a ações limitadas de controle da sujeira nas ruas e nos quintais. A prestação de serviços de saúde era condicionada ao poder econômico do indivíduo, sendo que os ricos procuravam os médicos ou cirurgiões da época, enquanto alguns pobres eram assistidos por instituições beneficentes ligadas à Igreja Católica. Nessa realidade, a busca por curandeiros, sangradores, parteiras e barbeiros era uma prática comum realizada pela maioria da população na tentativa de sanar seus problemas de saúde (BRASIL, 2008).

Em 1897, o governo vigente cria a primeira Diretoria de Saúde Pública subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, cuja organização se baseava em campanhas sanitaristas, na produção de soros e vacinas (BRASIL, 2008).

Em 1920, a Lei Eloi Chaves cria as Caixas de Aposentadoria e Pensão e a Previdência Social, quando então, a assistência médica passa a ser oferecida aos contribuintes de impostos e os seus dependentes. O modelo de atenção era privado e desempenhava ações predominantemente curativas (BRASIL, 2008).

No final da década de 70, a Previdência Social entra em crise e instala-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), composto por profissionais de saúde e prestadores de serviços, com o objetivo de reorganizar a assistência médica no país. Este modelo de saúde privilegiava a construção de grandes hospitais e o acesso à assistência médica continuava caracteristicamente excludente, centrado em empresas privadas (BRASIL, 2008).

Enquanto países europeus, o México e o Canadá se posicionavam contrários a este modelo hospitalocêntrico, o Brasil encontrava-se na contramão da história mundial. Em 1977, a Organização Mundial de Saúde lança como principal meta para os países a diretriz “Saúde

Para Todos no Ano 2000”, devendo ser entendida como a estratégia de colocar ao alcance de todo indivíduo a Atenção Primária à Saúde articulada aos demais níveis de atenção necessários.

O Brasil passava pelo processo de redemocratização, estando o regime militar em queda, a população clamava por justiça e direitos de cidadania. Nesse período surge o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que integrava professores universitários, sanitaristas, trabalhadores da saúde, estudantes, lideranças sindicais e populares. O Movimento criticava a falta de investimentos no setor público de saúde, especialmente na promoção da saúde e prevenção das doenças, com a concentração dos recursos na atenção médico-hospitalar. Além disso, questionava a exclusão de milhões de brasileiros desempregados ou residentes da zona rural, do direito a atenção integral à saúde. O Movimento defendia ainda, um Sistema de saúde público e universal, impulsionado pelo reconhecimento da precariedade e da característica excludente das políticas de saúde até então vigentes no país (BRASIL, 2006).

Em 1978, a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, preconizava uma serie de cuidados essenciais a serem prestados aos povos, de forma a se alcançar a meta de saúde para todos. Pode-se considerar que a principal contribuição da Conferência foi reafirmar a saúde como um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos e de determinação intersetorial. Estavam dadas assim, as novas bases políticas e técnicas para a reformulação da lógica assistencial do sistema sanitário.

Em 1986 o Brasil realiza a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, onde estiveram presentes mais de quatro mil pessoas evidenciando que as modificações no setor da saúde transcendiam o caráter de uma simples reforma administrativa e financeira. Em seu relatório final, a 8ª Conferência amplia o conceito de saúde ao defini-la como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Esse documento serviu de base para as discussões na Assembléia Nacional Constituinte, acerca de um novo modelo de assistência a saúde no país (BRASIL, 1986).

Em 1988, a oitava Constituição do Brasil é instituída. A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Essa Constituição incorpora as novas dimensões do conceito de saúde e acrescenta em seu artigo 196 “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido



mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com esse artigo fica definida a universalização da cobertura de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) redefine historicamente o modo de ofertar práticas de saúde pública no país. A Carta Magna, em seu artigo 198, define o SUS do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 2011:25).

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos de cidadania.

Apesar da definição do SUS na Constituição de 1988, sua regulamentação só veio em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080, que define o modelo operacional e propõe a forma de organização e funcionamento (POLIGNANO, 2008).

A reformulação do modelo assistencial determinou movimentos em busca de experiências e modos de fazer a saúde pública considerando os princípios da universalidade, da integralidade e o financiamento condicionado à porcentagem de tributos definidos para o setor. Países como o Canadá, Cuba e a Inglaterra serviram de referência para a construção do SUS. No Ceará, em 1987, inicia o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado a primeira experiência exitosa na reorganização da atenção primária no Brasil. Com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, o PACS foi concebido para ser um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. A estratégia expandiu-se rapidamente no Estado, atingindo praticamente todos os municípios em três anos e em 1991, tornou-se política oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

De posse das experiências positivas em outros países e em função dos bons resultados obtidos pelo PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil,

porem considerando a necessidade de ampliar a resolutividade da estratégia, o Ministério da Saúde, cria em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF instituiu uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde. Tendo o seu processo de operacionalização organizado através de equipes lotadas em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, morando numa área geográfica delimitada. Em sua composição, as equipes possuem no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variado de agentes comunitários de saúde a depender da população a ser abrangida. Quando ampliada, a equipe de saúde da família conta com os profissionais da saúde bucal: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2006).

O PSF tem como objetivos reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; prestar nas unidades de saúde e nos domicílios assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários.

Para o Ministério da Saúde, o PSF tem provocado um importante movimento com o intuito de possibilitar maior racionalidade na utilização dos demais níveis atenção e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família. O mesmo órgão esclarece que a consolidação da Saúde da Família precisa ser sustentada por um processo que permita a substituição da rede básica de serviços tradicionais pela capacidade de produção de resultados positivos garantindo dessa forma, que o programa receba prioridade no financiamento (RONCALLI, 2003).

## **5.2 A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF**

No contexto histórico das políticas de saúde no Brasil, a inserção da saúde bucal e das praticas odontológicas, se deu de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Os modelos de assistência odontológica que prevaleceram no Brasil até a Constituição de 1988 eram, preponderantemente, de prática privada, ou seja, a assistência ocorria de forma incipiente e de caráter complementar. Durante a II Conferência

Nacional de Saúde, em 1993, surgiu a proposta de uma nova política de saúde bucal que garantisse, efetivamente, o acesso e a equidade da assistência odontológica. O reconhecimento de que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral do indivíduo, corroborou para a sua inserção na Estratégia de Saúde da Família, em 2000, tendo como meta a ampliação do acesso (BRASIL, 2011).

A missão básica da odontologia no PSF é reduzir as diferenças entre homens, atender as necessidades em saúde bucal e solucionar indiretamente os problemas de saúde geral. Dentre as atividades desenvolvidas estão os atendimentos de urgência, as extrações, as restaurações e as ações preventivas e educativas que tem total precedência. Contudo, para além das técnicas específicas, os profissionais da ESB, especialmente o odontólogo, devem ter uma participação ativa no processo de desenvolvimento e identificar as verdadeiras causas que impedem a obtenção de bons níveis de saúde por parte da população e agir para sua superação. Para tanto, faz-se necessário, hierarquizar problemas, definir prioridades, determinar soluções, enfatizando que prioridade não significa exclusividade e sim ênfase (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar, a essência preventiva dos serviços de atenção primária, influenciando positivamente no quadro epidemiológico da comunidade sob seus cuidados. A área odontológica de maior relação com a prevenção é a odontopediatria. Na infância é possível detectar anomalias que se tratadas neste período, podem ser atenuadas ou até mesmo eliminadas, evitando assim, seu desenvolvimento e a instalação na fase adulta (BRASIL, 2011).

Como base para a organização dos serviços municipais, o Ministério da Saúde define as atribuições dos profissionais da ESB integrantes do Programa de Saúde da Família, a saber: Compete ao Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e 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;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - 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.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006:19-20).

As atribuições aqui definidas, vão de encontro com o objetivo proposto nesse trabalho, considerando a histórica marca de exclusão dos serviços de odontologia no cenário da saúde pública que, por conseguinte, acumulou uma demanda por ações de recuperação e reabilitação (doenças e seqüelas) que precisará ser revertida rapidamente.

### **5.3 AÇÕES COLETIVAS COMO FERRAMENTA DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL**

O campo da saúde bucal é repleto de informações e conhecimentos ainda pouco difundidos entre maioria da população, portanto, faz-se necessário programar ações educativas com o objetivo de transformar hábitos e quebrar tabus presentes no cotidiano popular. Incluído no rol de atribuições da ESB, especificamente do odontólogo, está bem definida a contribuição desses profissionais para o desempenho de ações de educação em saúde e coletivas (BRASIL, 2006).

Entende-se por ações coletivas aquelas desenvolvidas com o intuito de atingir maior número de pessoas simultaneamente. Podem ser realizadas por qualquer profissional que tenha empatia, habilidade comunicativa e conhecimento técnico suficientes para discorrer sobre determinado tema ou assunto levantado. As ações educativas em atenção primária devem ser planejadas pela equipe considerando o uso de ferramentas adequadas a cada atividade, que sejam definidos o período de execução, os recursos, o grupo social (criança, adolescentes, adultos, gestantes) e as condições de saúde e doença da população alvo. Os espaços escolhidos devem oferecer comodidade e conforto suficientes para a execução da tarefa e acolhimento dos convidados. Esse conhecimento é necessário, entre outras coisas, para que se possa prever e planejar os recursos necessários ao atendimento da população (FERREIRA, 2007).

Vários estudiosos (FREIRE, 1986; GADOTTI, 1989; LUCKESI, 1994), defendem que para estabelecer o processo de aprendizagem, há necessidade de uma relação de vínculo entre os sujeitos envolvidos, valorizando a escuta e a fala de forma bilateral, para além das técnicas tradicionais de transmissão de conhecimento. O objetivo é a construção de novos saberes e valores, adquiridos a partir da reflexão de problemas concretos, presentes em espaços reais e cotidianos das pessoas envolvidas. Dessa forma, a educação em saúde aponta para a possibilidade de operar mudanças e quebrar paradigmas.

Ferreira (2007) admite que as ações coletivas em saúde sejam uma ferramenta útil e válida para o processo de tomada de decisão na organização dos serviços de saúde. O Ministério da Saúde também considera os efeitos positivos no desenvolvimento de ações de saúde bucal no SUS, ressaltando o impulso sob o apoio financeiro, que as ações de promoção e prevenção em saúde bucal produziram em centenas de municípios brasileiros. Para Campos (1999):

“a implantação de ações preventivas e educativas nas escolas é um recurso de grande abrangência constituindo-se, assim, em uma atividade de primordial relevância, principalmente se for levada em consideração a importância da mudança do enfoque preventivo e individualista, para um contexto coletivo, com caráter abrangente, geral e apropriado, respeitando as características sociais, econômicas e culturais das comunidades envolvidas” (CAMPOS, 1999:48).

Silveira (2005) defende que as ações de saúde bucal, sejam de assistência odontológica às pessoas ou ações sobre o meio-ambiente devem ser orientadas através de programas de saúde, uma vez que todo programa de saúde coletiva, não importando o seu grau de simplicidade, deve fornecer meios de satisfazer as necessidades de saúde da população.

Nesta direção, sinaliza-se a necessidade de ações educativas em diferentes espaços dentro de cada área adscrita para as ESB nas ESF: creches, escolas, associações, fábricas, unidade de saúde, entre outros espaços apontados junto com a comunidade como adequados para as atividades educacionais.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os resultados alcançados não estejam metodologicamente mensurados, a experiência relatada, mostrou mudanças no comportamento dos profissionais e da população. Os ACS se comprometeram e se sentiram mais responsáveis em atuar como agentes modificadores do comportamento da comunidade. As crianças ficaram estimuladas a fazer a higiene bucal influenciando seus pais a atuarem com responsabilidade na manutenção da saúde da família e como modificadores de comportamento na comunidade. Os professores confessaram que aprenderam muito com as palestras e se comprometeram no auxílio diário do cuidado das crianças.

Diante da experiência descrita reconhecem-se a necessidade de desenvolver novas práticas de educação e de gestão em saúde, capazes de produzir mudanças no processo de aquisição de hábitos e condutas frente às constantes inovações tecnológicas emergentes. Arelado ao conceito ampliado de saúde e os princípios de universalidade e integralidade e à garantia de acesso determinados pelo SUS, e ainda, diante das práticas assistenciais por enquanto desenvolvidas no país, cabe ressaltar que para atingir melhores níveis de saúde bucal, há necessidade de:

- Ampliar a formação de pessoas na área da saúde.
- Investir no modelo de atenção centrado no indivíduo e na família;
- Garantir o acesso à educação formal dos cidadãos e de sujeitos-chave em saúde (professores, ACS, merendeiras, pais).
- Implantar nas escolas e unidades de saúde espaços adequados para atividades em saúde bucal (escovódromos).
- Disponibilizar materiais (escovas, creme dental, fio dental) para higiene bucal.
- Adequar a merenda escolar (dieta balanceada).
- Adequar a comercialização de produtos cariogênicos nas escolas;
- Inserir novos técnicos para desenvolvimento de ações coletivas em saúde bucal (Técnico em Higiene Dental).
- Divulgar os índices epidemiológicos para os diferentes sujeitos da comunidade (informação/ comunicação em saúde).

- Divulgar na mídia escrita, falada e eletrônica ações positivas em saúde bucal (criação de audiovisual sobre saúde bucal envolvendo a comunidade); entre outras ações.

Portanto, diante das inúmeras necessidades de serviços em saúde bucal e da amplitude de possibilidades de atuação dos profissionais, faz-se necessário mudar a forma de planejar, cuidar e acompanhar a saúde das pessoas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17, série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006, 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal SB Brasil 2010. **Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais**. Brasília: DF. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica. Brasília: Portaria de Normas e Diretrizes da Saúde Bucal nº 267, de 06 de março de 2001. Publicada no **Diário Oficial da União** de 07 de Março de 2001, Seção 1, página 67. Disponível no site [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) acessado dia 16 de julho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. Adalberto Barreto. Fortaleza: 2008. 70p.

CAMPOS, J. Procedimentos coletivos de promoção de saúde bucal - PC-I nas escolas de ensino fundamental da rede pública do Distrito Federal - 1997. **Ação Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 2, p.47-51, abr./jun. 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, Brasília, DF. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

FERREIRA, I. R. C. **A equipe de saúde bucal e os processos de educação em saúde**. 2007. (Dissertação) – Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí/SC. Itajaí, 2007.



FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 13 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GADOTTI, M.; FREIRE, P.; GUIMARÃES, S. **Pedagogia: diálogo e conflito**. 3ed. São Paulo: Cortez - Autores Associados, 1989.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

NARVAI, P. C. **Diagnóstico de saúde bucal**. São Paulo: Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, 1988.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**, 2008. Disponível em: <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf) > Acesso em: 20.07.2012.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SILVEIRA, A. D. F. *et al.* O beijo como mobilizador para educação em saúde: ênfase na saúde bucal de adolescentes, **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.** São Paulo, 2005. 15(3)57:68.