

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E EAD EM SAÚDE - NUTEDS

ANTONIO RONALDO CORDEIRO LIMA

**A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

BARBALHA

2011

ANTONIO RONALDO CORDEIRO LIMA

**A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**Trabalho de conclusão de curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semi-
presencial, da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para obtenção
de Título de Especialista.**

**Orientador: Prof^ª Tutora: Milana Drumond
Ramos Santana**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde**

- L696i** **Lima, Antonio Ronaldo Cordeiro**
 A importância da odontologia no programa saúde da família / Antonio Ronaldo Cordeiro Lima. – 2011.
 38 f. : il.
 Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.
 Orientação: Milana Drumond Ramos Santana
 1. Odontologia 2. Sistema Único de Saúde 3. Programa Saúde da Família 4. Saúde Bucal I. Título.

CDD 362.1

ANTONIO RONALDO CORDEIRO LIMA

**A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semi-presencial, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção de Título de Especialista.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ (2º Avaliador)

Prof. Dr. _____ (2º Avaliador)

Uma homenagem especial à professora e escritora
ALMERY CORDEIRO LIMA, minha irmã,
que sempre despertou em mim grande apreço
e continua viva dentro de mim.

AGRADECIMENTO

À Universidade Federal do Ceará e ao Núcleo de Tecnologias e EAD em Saúde – NUTEDS, pela oportunidade de concretização do referido curso.

Às tutoras Millana Drumond Ramos Santana e Ana Karoline Carneiro dos Santos, pelas sugestões e reflexões e excelente trabalho.

Aos meus familiares que me encorajaram a enfrentar os desafios surgidos ao longo da caminhada.

“Aprendi que se depende sempre,
De tanta muita diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras pessoas...”
(Luiz Gonzaga Júnior)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	03
AGRADECIMENTO	04
EPÍGRAFE	05
RESUMO	07
ABSTRACT	08
INTRODUÇÃO	09
DESENVOLVIMENTO	11
O PSF COMO ESTRATÉGIA DE REESTRUTURAÇÃO DO SUS	11
A ODONTOLOGIA E OS MODELOS ASSISTENCIAIS NO BRASIL	13
SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF	16
AÇÕES EM SAÚDE BUCAL	19
SAÚDE BUCAL DA COMUNIDADE DO PSF DE ARAJARA – BARBALHA/CE	21
ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PSF	23
PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	25
PACIENTE GESTANTE E O LACTANTE/CRIANÇA	25
PACIENTES PRÉ-ADOLESCENTES ATÉ PÓS-MENOPAUSA	26
PACIENTES GERIÁTRICOS	27
PACIENTES EDÊNTULOS	28
CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	35

RESUMO

O século XX, particularmente em suas três últimas décadas, testemunhou o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro concretizado pela criação do Sistema Único de Saúde. Para consolidar esse sistema foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família, que ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. O PSF segue os princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Um fato relevante no Programa Saúde da Família foi a inclusão da Equipe de Saúde Bucal - ESB; com isso constituindo um avanço na prática odontológica do país por tratar-se de uma estratégia eficaz para a reorganização da Atenção Básica em nível municipal. O PSF objetiva ampliar o acesso às ações odontológicas e qualificar a atenção, elevando assim, as condições de saúde bucal da população. Será analisada a origem do PSF, por que e para quem foi criado e posteriormente abordar os desafios e perspectivas originados pela inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família. Por fim, apresentar-se-á a atual situação da Saúde Bucal na comunidade através de coleta de dados baseados em prontuários da Unidade de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia, Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família, Saúde Bucal.

ABSTRACT

The twentieth century, particularly in his last three decades witnessed the development of the Brazilian health system implemented by the creation of the Unified Health System To consolidate this system was created by the Ministry of Health, the Family Health Program, which unlike the traditional model, based on disease and hospital prioritizes actions to protect and promote the health of individuals and families, so complete and continuous. The Program follows the principles of universality, decentralization, integration and community participation. A material fact in the Family Health Program was the inclusion of FHS - ESB, thereby constituting a breakthrough in dental practice in the country because it is an effective strategy for the reorganization of primary care at municipal level. The Program aims to increase access to dental actions and assess the attention, thus increasing the oral health status of the population. Will analyze the origin of the PSF, why and for whom it was created and later address the challenges and prospects generated by insertion of dentistry at the Family Health Program. Finally, it will display the current status of oral health in the community by collecting data based on records of the Health Unit.

KEY WORDS

Dentistry, Health System, the Family Health Program, Oral Health.

INTRODUÇÃO

A base da Reforma Sanitária Brasileira foi sintetizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), seguindo o ideário dos países desenvolvidos e da Organização Mundial de Saúde, passando a ser caracterizada pela ampliação do conceito de saúde, reconhecida como direito de todos e dever do Estado, criação do Sistema Único de Saúde (SUS), participação popular e, por fim, a constituição e ampliação do orçamento social. Esta reforma teve seus ideais legalizados na Constituição de 1988, onde se instituiu o compromisso de reestruturação do modelo de prestação de serviço público no Brasil, tendo como principal referencial o direito da cidadania e do modelo de atenção descentralizado, resolutivo, integral e humanizado.

No âmbito dessas mudanças, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e o documento que define as bases do programa destaca que o mesmo prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Garantir a atenção integral aos indivíduos é um dos seus principais objetivos, sendo que, apesar de estar no primeiro nível de atenção denominado atenção básica, a Unidade de Saúde da Família deve estar ligada a uma rede de serviços de forma a garantir a solução de problemas.

A saúde coletiva tem, historicamente, enfrentado o grande desafio que é tornar as ações de saúde um direito acessível a todos os cidadãos. Diversos modelos e formas de organização têm sido experimentados ao longo dos últimos anos, tornando mais efetiva a participação dos municípios na assistência à saúde, principalmente após a implantação do Sistema Único de Saúde.

Um dos modelos que mais tem avançado no país é o Programa Saúde da Família, o qual tem sido considerado uma estratégia eficaz na reorganização da atenção básica por ter como pressupostos: o foco na família, a adscrição da clientela, a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social e, como ponto forte, o estabelecimento de vínculos, laços de compromissos e responsabilidade entre os profissionais e a população (Brasil, 1997).

Entretanto, apesar das propostas de integralidade do setor, discutidos nas décadas de 1980 e 1990, das quais resultaram a criação do SUS e do PSF, houve certa omissão da Odontologia.

Diante desta problemática, o presente trabalho objetiva abordar a inserção da Odontologia no PSF. Para tanto, inicialmente procurou-se analisar a origem do Programa, para que e para quem foi criado.

Posteriormente serão discutidos os desafios e perspectivas originados da inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF).

Por fim, procurou-se apresentar a atual situação da saúde bucal na comunidade baseados em prontuários dos pacientes atendidos.

DESENVOLVIMENTO

O PSF COMO ESTRATÉGIA DE REESTRUTURAÇÃO DO SUS

O intenso debate pela democratização da saúde no Brasil, estabelecidos em meados da década de 70, fez emergir uma proposta de transformação nas políticas públicas, na economia, na sociedade e nos padrões culturais da população. Segundo o ideário dos países desenvolvidos e da Organização Mundial de Saúde, surgiu um movimento composto, essencialmente, por profissionais de saúde, denominado Reforma Sanitária, que foi o principal responsável pela mudança no conceito de saúde e de seus determinantes e na relação entre a organização de serviços e a sociedade.

Através dessas mudanças, novos caminhos surgiram, com o início do processo de construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), cujo propósito está na promoção de saúde, na qualidade de vida e do ambiente, na prevenção das doenças e na reorganização da assistência médico-hospitalar.

O termo saúde passou, então, a expressar qualidade de vida de uma população, não estando contido apenas na ausência de doenças, mas também sendo resultante da ação de diferentes setores, tais como educação, habitação, saneamento, dentre outros.

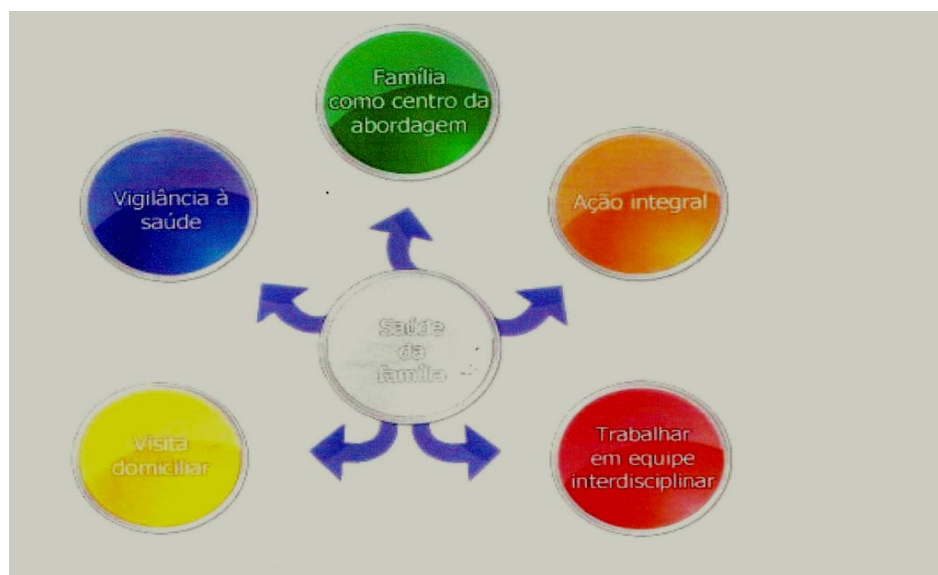
As transformações sociais propostas na Reforma Sanitária e traduzida nos princípios e diretrizes do SUS, tem sua Consolidação no Programa Saúde da Família (PSF). Programa fundamentado na atenção para a família, com intuito de compreender o processo saúde/doença e as necessidades de intervenção que vão além de práticas curativas isoladas.

O Conjunto das Unidades Básicas, incluindo as Unidades de Saúde da Família (USF), foram o que se convencionou chamar de atenção primária à saúde, que seria responsável pelo primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde.

A atenção da saúde da família deve ser universal, voltando-se para todos. A população deve ser acompanhada sempre pela mesma equipe, que deverá ir à comunidade com a finalidade de identificar os problemas e as necessidades de saúde e encontrar as soluções em conjunto com a família, informando e promovendo Educação em Saúde. Além disso, deve realizar o diagnóstico de saúde da comunidade, por meio de levantamento dos indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, feito por meio de cadastramento de todas as famílias da área de abrangência.

O PSF é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde peculiar do SUS, que propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, para a relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistenciais. Defende como princípios norteadores a universalidade e integralidade da atenção, a equidade na distribuição de recursos e a participação da comunidade, que por sua vez, deve ser efetivamente capaz de participar ativamente do processo pela conquista da saúde e, juntamente com os profissionais de saúde bucal, planejar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas em seu território.

Devido a isso, o PSF tem sido considerado a maior mudança estrutural realizada na saúde brasileira nos últimos anos, pois incorpora ações combinadas e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e expressão e qualidade de vida como demonstra o esquema abaixo que representa o novo modelo assistencial brasileiro.



A ODONTOLOGIA E OS MODELOS ASSISTENCIAIS NO BRASIL

O sistema de saúde brasileiro tem passado por rápidas e profundas mudanças nas últimas décadas. Foram implantados vários modelos assistenciais, como o da Saúde Pública no início do século XX, o da Assistência Médica Previdenciária na década de 20, o de Medicina Comunitária na década de 60 e o Sistema Único de Saúde, que teve início na década de 80 e que perdura até os dias de hoje.

A trajetória da assistência em Odontologia no Brasil foi desenvolvida como modelo tecnicista e excludente.

A Saúde Bucal no Brasil, ao longo dos anos, passou por diversas denominações, percorrendo desde a Odontologia Sanitária até a Odontologia em Saúde Bucal Coletiva.

A Odontologia Sanitária, segundo Pinto (1992), “O seu principal instrumental foi o sistema incremental, que visa o completo atendimento dental a uma população predeterminada, eliminando as suas necessidades e posterior controle, seguindo o fator idade e necessidade (usado principalmente em escolares) (idade entre 7 e 14 anos)”.

Quanto à Odontologia Preventiva, o seu surgimento na década de 60/70 não foi vista com confiança pela classe Odontológica, por se tratar como a própria denominação, de prevenção e não mais de cura e reparação de doenças.

Segundo Narvai (1994), tanto a parte preventiva quanto a parte curativa fazem parte de um todo contínuo. Com o desenvolvimento da Cariologia na década de 80, a prevenção ganhou força e adeptos por todo o Brasil.

Chaves (1986) descreveu a Odontologia Social como: “A disciplina de Saúde Pública responsável pelo diagnóstico e tratamento de Saúde Bucal da comunidade” (efetuada pelo Dentista Sanitarista). A Odontologia destinada à camada de baixa renda.

Narvai (1994), referindo-se à Odontologia Simplificada ou Comunitária, relata que o surgimento se deu nos anos 70, tendo como referência a Medicina Comunitária. Trata-se de uma “alternativa” e fazia crítica à “Odontologia Científica ou Flexineriana”. Não conseguiu substituir a Odontologia tradicional, baseada em atendimentos individualizados e procedimentos curativos.

Na Odontologia Integral, era a junção de várias ações com finalidades preventivas e promoção de Saúde Bucal.

Como as propostas da Odontologia Simplificada e Integral não romperam com a hegemonia da Odontologia de mercado, um novo modelo foi proposto durante os anos 80, sendo a palavra “coletiva” acrescentada à expressão “saúde bucal”, visando desta forma incorporar outras práticas a sua.

A Saúde Bucal Coletiva, entretanto, não nega especificidade da Odontologia como prática de saúde (Botazzo, 1989 apud Narvai, 1994b).

Uma nova maneira de pensar as práticas de saúde surgiu em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Alma-Ata, União Soviética e foi objeto de reflexões, no Brasil, através da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, que culminou com a consolidação do SUS pela Constituição de 1988. Os novos desafios impostos pelos princípios doutrinários do novo sistema (universalidade, integralidade e equidade), demandaram uma completa readequação dos recursos humanos para a saúde. As diversas profissões de saúde, entre elas a Odontologia, sentiram a necessidade de uma reformulação de conceitos e práticas.

Paralelamente e de igual importância se deu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Brasília, em 1986, onde chegou-se a conclusão que a Saúde Bucal “faz parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo”. Em setembro de 1993, também em Brasília, aconteceu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde foram aprovadas as diretrizes e estratégias para a saúde bucal.

As diretrizes apresentadas no referido documento tem como finalidade sugerir uma reorganização da atenção em Saúde Bucal, promovendo o desenvolvimento de ações intersetoriais (Brasil, 2004).

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo para desenvolver ações e serviços de saúde (Brasil, 2004).

SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

Dentre as muitas áreas do setor saúde não contempladas de imediato nas propostas de reformulação de políticas públicas no Brasil das décadas de 80 e 90, está a Odontologia, a despeito de ser esta componente essencial da atenção à saúde.

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal – ESB no Programa Saúde da Família foi definida efetivamente a partir da Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde (Brasil, 2000). Essa Portaria criou critérios e estabeleceu incentivos financeiros específicos para a inclusão de uma ESB, visando a reorganização da atenção básica odontológica, tanto em termos de promoção de saúde e prevenção, quanto na recuperação e manutenção da saúde bucal, buscando, assim, a melhoria do perfil odontológico da população e por consequência sua qualidade de vida.

Dessa forma, a participação de saúde bucal nas atividades do PSF vem mudar a prática odontológica meramente assistencialista, inserindo a Odontologia integralmente na saúde. Fato importante, na medida em que os problemas de saúde bucal ocorrem em todos os grupos populacionais, o que torna indispensável o seu atendimento em conjunto com outras áreas médicas, recuperando sua integralidade e respeitando as especificidades do conhecimento científico.

Com a inserção do Cirurgião Dentista no PSF passou-se a realizar um novo modelo de atuação sobre os problemas de saúde bucal da população, visto que houve uma reestruturação na atenção primária.

Os principais objetivos da implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF foram melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, reorientar suas práticas de atenção avaliando os padrões de qualidade e o impacto das ações desenvolvidas e a ampliar o acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e consequentemente melhorar os seus indicadores epidemiológicos.

Observa-se, portanto, que a complexidade de trabalho no PSF não se situa apenas na diversidade exigida para os cuidados básicos; pois também está compreendida nas concepções de atenção em equipes multiprofissionais e na abordagem de famílias e não de indivíduos isolados. Desse modo, os Cirurgiões-Dentistas, acostumados ao exercício profissional individual, encontram uma realidade de atuação baseada na interação e na troca de conhecimentos que possibilitam o uso dos potenciais criativos na relação com os usuários. De acordo com Souza et alii (2001), “a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não exclusivamente dos que trabalham na área odontológica”.

A equipe de saúde bucal deve ter a responsabilidade de criar e manter o vínculo entre comunidade e profissionais. Esse vínculo, a ser estabelecido, pelo acompanhamento, que avança na linha longitudinal das famílias, é um dos grandes diferenciais do PSF, pois permite a dimensão decisiva desta estratégia que é o cuidado (Mendes, 1999).

Com a implantação do SUS foi trazido um grande desafio para a saúde bucal coletiva, que deveria reformular suas práticas para responder às suas diretrizes. A saúde bucal adquire maior importância quando se fala em qualidade de vida da população, sendo necessário que se busquem mecanismos que ampliem o âmbito de suas ações e viabilizem mudanças no perfil epidemiológico brasileiro. A luta pela saúde bucal está diretamente vinculada à melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos, econômicos e educacionais.

A educação em Saúde Bucal – ESB é um componente do processo de Promoção da Saúde considerando que a ESB tem características específicas como prática e como campo de conhecimento.

Antes de mais nada é preciso saber a quem podemos ou devemos educar e ter bem claro os limites de influência e as dificuldades do processo educativo.

A sistemática educativa varia de acordo com o indivíduo ou população-alvo a atingir. Pode estar dirigida à população em geral, a uma comunidade limitada, aos frequentadores de um Centro de Saúde, aos alunos de uma escola, finalmente, a cada paciente em cada consulta.

O contato pessoal frequente entre os membros da equipe de saúde e o indivíduo e sua comunidade é a maneira mais eficaz de ter sucesso em ESB. A confiança mútua é o segredo

principal para que a comunicação aconteça, ou seja, para que ao invés de apenas assistir educadamente com a cabeça, como se concordasse com o que lhe está sendo dito, o paciente pergunte e estabeleça uma conversação.

Faz-se educação em saúde por meio de: entrevista pessoal, palestras, em geral com a utilização de quadro-negro, álbum seriado, filmes, slides ou fotografias, dramatização, cartazes, jornais, televisão, entre outros meios.

Cada vez mais, os programas de computador estão oferecendo facilidades – há pouco tempo sequer sonhados – para uso dos educadores em seu dia-a-dia, tornando assim mais atrativos e melhores os instrumentos educativos (Pinto, 1996).

AÇÕES EM SAÚDE BUCAL

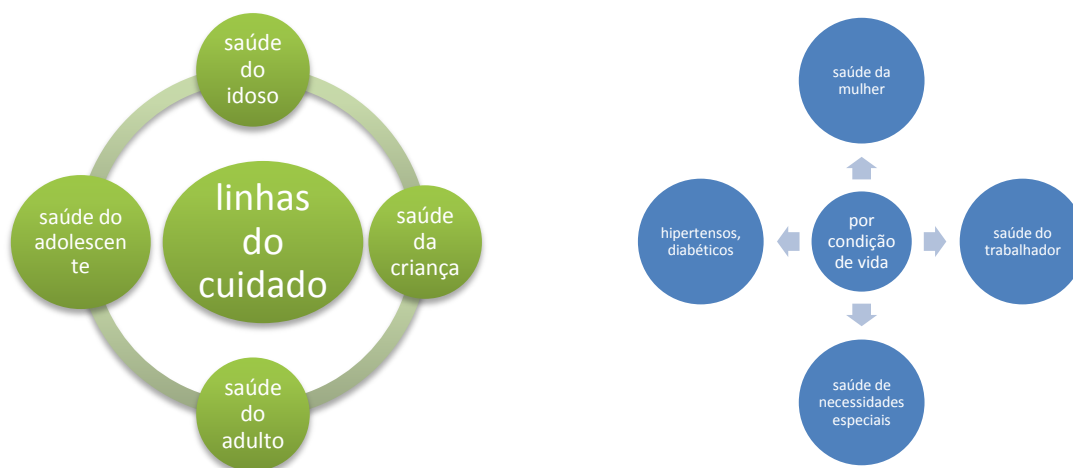
A prioridade da realização de um levantamento epidemiológico da população é um fator determinante para um bom desempenho da Equipe de Saúde Bucal, onde serão detectadas as reais condições de saúde bucal dessa população, onde aparecerão os índices de cárie e também a prevalência de doenças gengivais (MS 2004).

O Plano Nacional de Saúde Bucal (PNSB) determina que as ações de saúde bucal devem ser inseridas na estratégia da Unidade de Saúde, onde a promoção e proteção da saúde bucal estejam interligadas a outras ações de saúde.

As ações de Saúde Bucal não são mais ligadas somente à doença em si, mas a sua estratégia de ação se dá por duas linhas de atuação: 1) por linhas de cuidado; e 2) por condição de vida.

A linha de cuidado à atuação se dá em várias faixas de idade. Como exemplo temos: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso, sempre centrado no acolhimento, na informação, no atendimento e nos encaminhamentos quando necessário. Baseia-se na humanização das práticas e no trabalho da equipe.

Na linha que se refere à condição de vida, estão: a saúde da mulher, a saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos e diabéticos.



Nas Equipes de Saúde Bucal, cada integrante tem suas atribuições. O Dentista é o responsável pela coordenação dos trabalhos na Equipe de Saúde Bucal, onde as suas atribuições: diagnóstico, procedimentos clínicos, pequenas cirurgias, prevenção e proteção, isto é, realizando atenção integral em saúde bucal. O Técnico em Saúde Bucal é o responsável pela manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos, realiza campanha junto aos Agentes de Saúde na Comunidade (ASC) sempre com intuito de promover a saúde bucal. A competência do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) está presente em ações de promoção e prevenção junto às famílias, sempre sob a orientação do TSB ou do CD; exerce funções em relação à manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; também é de sua responsabilidade os cuidados com os instrumentos usados tanto pelo CD como pelo TSB.

As Unidades de Saúde Bucal apresentam-se de duas formas. A primeira, também denominada de Modalidade I, que é formada de um Dentista e um (a) ASB; já a Modalidade II é constituída de um Dentista, um (a) TSB e um (a) ASB.

A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) se deu através da Portaria nº 1.570, de 29/07/2004 (DO 30/07/2004) que estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação dos CEOs e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Eles podem ser do tipo I (contendo três Consultórios Odontológicos), do tipo II (quatro a seis Consultórios) e o tipo III (constando mais de sete Consultórios), dando origem à atenção secundária em Saúde Bucal.

SAÚDE BUCAL DA COMUNIDADE DO PSF DE ARAJARA – BARBALHA/CE

A Unidade de Saúde – PSF está localizada no Distrito de Arajara e com as seguintes áreas de abrangência: Sítios Santo Antonio, Luanda, Coité, Melo, Macena, Farias (Saúde Bucal), Correntinho, Sítio Teresa, Zabumba e Taquari. Com instalação própria. Atendendo a solicitação da equipe, foi realizada uma reforma estrutural para um melhor atendimento.

A Unidade, atualmente, conta com recursos adequados para o trabalho da equipe, que é formada pelos seguintes profissionais: Agentes de Saúde, Enfermeira, Médico e equipe de Saúde Bucal (Dentista e Auxiliares). Portanto, trata-se de uma Unidade Básica de Saúde (Modalidade I).

A Unidade foi cadastrada no CNES sob o nº 2564343, em 08 de maio de 2002 (SIAB).

O tempo da equipe está ocupado com as atividades de atendimento à demanda espontânea e referenciada; além disso, desenvolve os Programas de Saúde do Idoso, Hipertensos, Diabéticos, Tratamentos Preventivos e Curativos, Pesquisa de Câncer Bucal, Assistência aos estudantes da rede pública municipal com distribuição de kits, escovação supervisionada, aplicação de flúor e palestras educativas, abrangendo 731 famílias, compreendendo 2.571 pessoas (SIAB, set/2011).

A saúde tem como fatores determinantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda; portanto, devemos olhar para o quanto tais fatores influenciam a saúde bucal e qual a relação entre esta e a qualidade de vida da nossa comunidade. Lembramos, para tanto, que a alimentação do nosso organismo como um todo se inicia na boca, necessitando assim de condições bucais adequadas à mastigação dos alimentos, ou seja, necessitamos de dentes saudáveis. Com isso, buscamos a melhoria das condições de vida e sobrevivência dos indivíduos.

A fim de mensurar e confirmar a extrema necessidade de Assistência da Saúde Bucal, na nossa comunidade, foi feito um levantamento do índice do CPOD (Dentes Obturados, Perdidos, Cariados) por faixa etária:

FAIXA ETÁRIA	OBTURADOS	PERDIDOS	CARIADOS
06 A 12 ANOS	28	10	37
13 A 18 ANOS	22	19	38
40 A 60 ANOS	19	70	30
TOTAL	69	99	105

Analisando a necessidade de procedimentos restauradores, observa-se a maior necessidade na faixa etária de 13 a 18 anos. Em relação à perda de elementos dentários, foi constatado o maior índice na faixa etária de 40 a 60 anos, tendo como consequência a necessidade de uso de prótese.

O processo de coleta de dados foi obtido através de uma estimativa rápida, baseados em prontuários da própria Unidade de Saúde.

Analisando os resultados, observa-se a carência de uma estratégia de ação em saúde, capaz de gerar promoção, recuperação e manutenção de saúde da comunidade.

Portanto, necessário se faz um trabalho junto à comunidade para uma maior conscientização da importância de se ter dentes saudáveis.

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PSF

A Equipe de Saúde Bucal deve ter a responsabilidade de criar e manter o vínculo entre comunidade e profissionais. Esse vínculo, a ser estabelecido pelo acompanhamento, que avança na linha longitudinal das famílias, é um dos grandes diferenciais do PSF, pois permite a dimensão decisiva desta estratégia que é o cuidado. Cuidar é mais que vigiar, portanto é, também, ampliar o conceito de vigilância à saúde bucal, que, para tanto, deve estar embasado em três pilares: território, problemas de saúde e a intersetorialidade (Mendes, 1999).

O momento inicial do trabalho da equipe de saúde deve ser o planejamento, começando pelo diagnóstico situacional da realidade de forma a reproduzir, com a maior fidelidade, as condições socioeconômico-culturais e epidemiológicas da população da área de abrangência. É importante ressaltar que a abordagem da comunidade não é pré-fixada no primeiro contato, ela se dá gradualmente em todo processo das práticas de saúde por aproximações sucessivas (Portillo; Freitas, 2002).

As atividades iniciais incluem principalmente o mapeamento da área, o cadastramento das famílias, o levantamento das necessidades e o conhecimento do perfil epidemiológico. Também é fundamental o reconhecimento dos espaços sociais, como escolas, creches, asilos, associações, para a sensibilização desses atores de modo que ajam como facilitadores do trabalho junto à população adscrita e, sobretudo, como locais para o desenvolvimento das ações educativas, preventivas e coletivas.

Uma das características do trabalho organizado da ESB no PSF é entender que há vários espaços e diferentes níveis de complexidade no trabalho que exigem programação da agenda de trabalho.

Os indivíduos do território buscam a assistência de forma espontânea ou organizada e sob diferentes condições: doentes, sadias ou com urgência de atendimento. O universo de Atenção à Saúde Bucal inclui toda a população da área de abrangência, famílias visitadas, grupos priorizados e espaços sociais existentes.

Os serviços de saúde bucal devem ser organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades sentidas da população.

A equipe de saúde deve desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um.

A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente.

O acolhimento constitui-se como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências.

A atenção programada é caracterizada por pessoas cadastradas na área que compõe o grupo priorizado para a atenção na unidade de saúde e que necessitam de atendimento continuado. Inclui ações individuais e/ou coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e de intervenções cirúrgico-restauradoras ofertadas de forma organizada.

A equipe em conjunto com a comunidade deve definir a estratégia e os grupos prioritários para atenção em saúde bucal programada, a partir da realidade social.

A Equipe Saúde da Família deve articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a prevenção da autonomia dos sujeitos.

PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

1. A PACIENTE GESTANTE E O LACTANTE/CRIANÇA

Durante a gestação, a atenção fica enfocada nas boas práticas de higiene oral da mãe. Ela está concentrada na saúde de seu bebê e na dela mesma. Este estado de alerta à saúde total, da qual a saúde oral é uma parte importante, proporciona uma oportunidade única para manter a paciente em estado de aprendizado dos princípios que deverão ser aplicados aos futuros cuidados com a criança.

A expressão cuidado pré-natal se refere ao preparo supervisionado para o nascituro que assegure à mãe desfrutar uma saúde ótima durante e depois da gestação e ofereça a melhor oportunidade para que a criança possa nascer saudável. Tal programa envolve os esforços combinados do obstetra e/ou parteira, enfermeira, dentista, higienista dental, nutricionista e parentes próximos.

Obstetras, familiares esclarecidos e enfermeiras em ambientes de saúde pública e privada devem recomendar o exame dental e periodontal logo no início da gestação. Isto encaminha aos consultórios ou clínicas dentais muitas mulheres que nunca os tinham frequentado anteriormente para a obtenção de um plano regular de serviço profissional.

Muitas dessas mulheres não conhecem as vantagens dos cuidados diários dos hábitos pessoais e dietéticos relacionados com a saúde dos tecidos orais. Numerosos conceitos errados podem ser corrigidos quando recebem informações atualizadas no que diz respeito à gestação e a saúde oral.

A infecção periodontal na mãe gestante é um fator de risco significativo para o nascimento de prematuros com baixo peso ao nascimento. Uma mãe gestante com periodontite avançada tem de 7,5 a 7,9 de risco dobrado para a criança nascer com baixo peso.

As alterações inflamatórias gengivais que ocorrem durante a gestação são consideradas como sendo uma reação exagerada de resposta dos tecidos à placa bacteriana. Quando os tecidos periodontais estão em bom estado de higiene e as pacientes usam medidas pessoais de higiene oral para o controle da placa, não são esperadas alterações gengivais adversas maiores.

A gengiva pode apresentar uma reação para a mudança fisiológica da gestação, bem como para a influência do aumento dos níveis dos hormônios sexuais circulantes. O trauma, higiene oral pobre e irritação local do cálculo ou da prótese podem ser fatores contribuintes.

A reação gengival na gestação é percebida geralmente pelo segundo mês. Quando deixada sem tratamento, a inflamação gengival continua enquanto os níveis de hormônios crescem até uma severidade máxima pelo oitavo mês.

Os sinais clínicos diminuem depois do nascimento da criança, mas não produz necessariamente uma condição saudável. Uma paciente com distúrbio gengival durante a gestação continua a ter esse distúrbio, ainda que com um grau menor de manifestação clínica após o nascimento.

2. PACIENTES PRÉ-ADOLESCENTES ATÉ PÓS-MENOPAUSA

A incidência de cáries dentais é frequentemente mais elevada durante a adolescência do que em outros grupos etários em comunidades sem a fluoretação. Isto é relacionado frequentemente aos hábitos dietéticos e alimentares do adolescente. O apetite é intensificado pelas demandas do crescimento rápido, assim como pelos problemas emocionais confrontados,

levando assim à alimentação frequente. Muitos alimentos cariogênicos são escolhidos, particularmente entre as reuniões e em eventos sociais.

Os adolescentes estão sujeitos a todas as categorias de infecções periodontais, sendo a gengivite a mais comum nesta faixa etária.

A periodontite juvenil localizada é caracterizada pela severa perda óssea que envolve os primeiros molares permanentes e os incisivos. É usualmente diagnosticada durante os anos circumpuberais.

A periodontite juvenil generalizada é caracterizada pela perda generalizada do osso alveolar. Ocorre em adolescentes mais velhos e adultos jovens.

As alterações gengivais relacionadas com a menopausa usualmente representam uma resposta exagerada à placa bacteriana, que reflete a influência condicionante das alterações hormonais que ocorre. Quando os fatores locais são controlados através de consultas de higiene dental preventiva para a manutenção de cuidados orais pessoais diários, as alterações gengivais são pouco comuns.

3. PACIENTES GERIÁTRICOS

As medidas preventivas para a população idosa através de cuidados e instrução requerem maior ênfase à medida que o número de pessoas envolvidas neste grupo aumenta constantemente. Os membros da equipe dental são desafiados pela necessidade de manter uma população idosa que deverá ser provida de conforto e função oral continuados.

A perda de dentes aumenta com a idade, mas não por causa da idade. As cáries dentais e as doenças periodontais são a causa principal da perda dos dentes. As doenças periodontais nas

populações mais velhas representam os efeitos cumulativos de infecções de longa duração, não diagnosticadas, não tratadas ou negligenciadas.

A necessidade de um exame periódico e cuidadoso da mucosa oral dos lábios até a garganta não deve ser forçada em nenhuma idade, mas é especialmente crucial para o paciente idoso porque o câncer oral ocorre com frequência crescente na idade avançada. Muitas, de fato a maioria, das lesões orais existem sem que o paciente tenha conhecimento disso.

Os pacientes idosos necessitam ter atendimentos frequentes para manter a sua saúde oral em alto nível através de supervisão em uma base regular. Sendo, portanto, o controle da placa bacteriana de fundamental importância.

3. O PACIENTE EDÊNTULO

O paciente completamente edêntulo que é usuário de uma prótese removível necessita de uma consulta pelo menos uma vez ao ano para uma cuidadosa observação dos tecidos orais, assim como a supervisão do controle de placa bacteriana para as dentaduras. O paciente edêntulo com uma dentadura suportada por implante requer atendimentos ainda mais frequentes. Uma vez que os implantes são cercados e suportados por tecido gengival e osso osteointegrado, o cuidado e a supervisão profissionais devem ser maiores do que os requeridos pelos dentes naturais.

Na população de edêntulos completos, particularmente nos grupos etários mais velhos, alguns indivíduos têm dentaduras mas não as usam, outros tem dentaduras completas mas usam somente uma e outros, simplesmente, não têm dentaduras.

Quando existe uma única dentadura, mais frequentemente a dentadura superior é a utilizada. Não é raro que as mesmas dentaduras são usadas por muitos anos sem que elas ou seus tecidos de suporte sejam examinados.

CONCLUSÃO

Pode-se constatar que o PSF tem sido considerado a maior mudança estrutural realizada na saúde pública brasileira nos últimos anos, pois se propõe a humanizar as práticas de saúde e estimular o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e qualidade de vida.

Com a inclusão da Odontologia no PSF, a Atenção Básica recebeu um importante complemento e a população ganhou uma nova proposta de prática odontológica.

Que a Odontologia, como profissão de saúde, possui um importante papel no processo de transformação das políticas de Saúde Pública no Brasil.

Desse modo, para o novo profissional do PSF não basta a técnica e o conhecimento biomédico, é fundamental incorporar novas racionalidades cognitivas e operacionais para melhor atender as necessidades de atenção apresentada pela população.

Pode-se perceber que a saúde bucal no Brasil evoluiu bastante, mas não o suficiente para alcançar níveis satisfatórios. Ainda se depara com um índice elevado de cárie na população.

Conclui-se que o sucesso de uma Equipe de Saúde Bucal no PSF depende da interação com profissionais de outras áreas, capacitação da equipe, garantia de um bom atendimento e melhores condições de trabalho.

Refletindo sobre o PSF como um desafio profissional aos Cirurgiões-Dentistas, entende-se que ele é também uma das alternativas mais concretas de se potencializar e de se descobrir meios de sua inserção no mercado de trabalho.

Necessário se faz construir conjunto e participativamente a adesão da população, a execução do trabalho focado na família e na comunidade com equidade e co-responsabilidade na integralidade das ações, garantindo a resolutividade. É fundamental, também, ouvir, cuidar e atender com qualidade ampliando o acesso e resgatando o legítimo papel da saúde bucal no contexto de saúde.

É fundamental que toda a equipe de saúde estimule a participação das gestantes em ações programadas de saúde bucal nas Unidades de Saúde Bucal, incentive o auto cuidado e o desenvolvimento de hábitos de vida saudável que melhorem não só a saúde bucal, mas também a saúde geral das gestantes e dos bebês, além de desmistificar o tratamento odontológico durante a gestação.

Em relação à higiene bucal do adolescente, deve-se estimular o auto cuidado, abordar sempre temas que elevem a auto-estima do adolescente abordando a questão da estética e do hálito mais agradável que podem motivá-lo.

Que são as doenças bucais com suas repercussões, e não o envelhecimento, por si só, que podem trazer limitações à capacidade bucal dos indivíduos idosos. Por isso, é preciso cuidar da saúde do adulto hoje para se ter um idoso sadio amanhã.

Apesar das mudanças ocorridas na saúde bucal, percebe-se ainda a carência de uma estratégia de ação em saúde dos usuários do PSF da comunidade de Arajara.

Enfim, embora ainda seja difícil mensurar o impacto das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família, há um evidente progresso do ponto de vista da universalidade, equidade e integralidade na lógica de trabalho do PSF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L. C. O programa saúde da família pelos olhos do cirurgião-dentista. 2005. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2005.

BASTOS, J. R. M.; SALIBA, N. A.; UNFER, B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. Revista Paulista de Odontologia, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 38-42, 1996.

BISHOP, K.; DUMMER, P. M. H.; KINGDON, A.; NEW COMBE, R. G.; AND ADDY, M.: Radiographic Alveolar Bone Loss from Posterior Teeth in Young Adults over a 4-year period, J. Clin. Periodontol., 22, 835, November, 1995.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial”. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. Caderno de Saúde Pública, 13(3): 557-63, jul/set, 1997.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. S., organizadores. A política de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

FADEL, C. B.; SANDRINI, J. C.; ZARDO, L. N. A avaliação do perfil e grau de satisfação dos usuários dos serviços odontológicos na Estratégia Saúde da Família, na zona rural do município de Castro/PR. Public. UEPG Ci. Biolo. Saúde, Ponta Grossa, v. 13, n. 3-4, p. 59-66, set/dez. 2007.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília, DF, 2001. (Normas e Manuais Técnicos, n. 135).

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde On-line. Tribuna Livre. Disponível em: <[HTTP://www.datasus.gov.br/cns.htm](http://www.datasus.gov.br/cns.htm)>.

JENSER, J.; LILJEMARK, W.; AND BLOOMQUIST, C.: The Effect of Family Sex Hormones on Subgingival Plaque, J. Periodontol. , 52, 599, October, 1981.

MARTINS, Alcieros. Atuação da equipe de saúde bucal no PSF. Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco.

MATTOS, J. E. A. et al. Gerontologia e Odontogeriatrics. Noções de Interesse Clínico e de Senescência Celular. 18ª CIORJ – Temas Atuais em Odontologia. Coordenação de Renato Aló da Fontoura. Rio de Janeiro, p. 251-261, Editora Rúbio Ltda., 2007.

MENDES, E. V. A organização da saúde no nível local. 1. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1999.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Ver. Saúde Pública. 2006; 40(n. esp.): 141-7.

NARVAI, P. C. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSP? Disponível em: <[HTTP://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/cape18.htm](http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/cape18.htm)>.

NARVAI, P. C.; ALMEIDA, E. S. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período 1986-1993. Cad. Saúde Pública. 1998 jul/set; 14(3): 513-21.

NICKEL, D. A., LIMA, F. G., SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 24, n. 2, p. 241-246, 2008.

OFFENBACHER, S.; KATZ, V.; FERTIK, G.; COLLINS, J.; BOYD, D.; MAYNOR, G.; MCKAING, R.; ANDBECK, J. Periodontal Infections as a Possible Risk Factor for Preterm low Birth Weight, J. Periodontol., 67, 1103, October, 1996. Supplement.

OLIVEIRA, J. L. C. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacaz. 2005. Tese (Doutorado em Odontologia e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, São Paulo, 2005.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. Saúde e democracia – A luta do CEBES. São Paulo: Lemos, P. G. 11/24, 1997.

PERES, M. A. A. A saúde bucal como política pública no Brasil: breve histórico. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

PINDBORG, J. J.: Atlas of Diseases of the Oral Mucosa, 5th ed. Philadelphia, W. B. SAUNDERS Co., 1992, p. 286-288.

PINTO, V. G. Saúde bucal coletiva. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000.

PORTILLO, J. A. C.; FREITAS, B. C. Saúde bucal na estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Catamaram, 2002.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C., e col. Odontologia em Saúde Coletiva. Planejando ações e promovendo saúde. Porta Alegre: ARTMED, 2003.

SANCHES, H. F., DRUMOND, M. M., VILAÇA, E. L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. Ciênc. Saúde Coletiva. 2008 jan/abr; 13(2): 523-31.

SHAEFER, W. G.; RAINE, M. K.; AND LEVI, B. M.: Text Book of Oral Pathology, 4th ed. Philadelphia, W. B. SAUNDERS Co., 1983, p. 359.

SOUZA, D. S. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Divulgação, 6:4-9, 1990.

SOUZA, D. S. et al. A inserção da saúde bucal no Saúde da Família. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva. Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 7-31, dez. 2001.

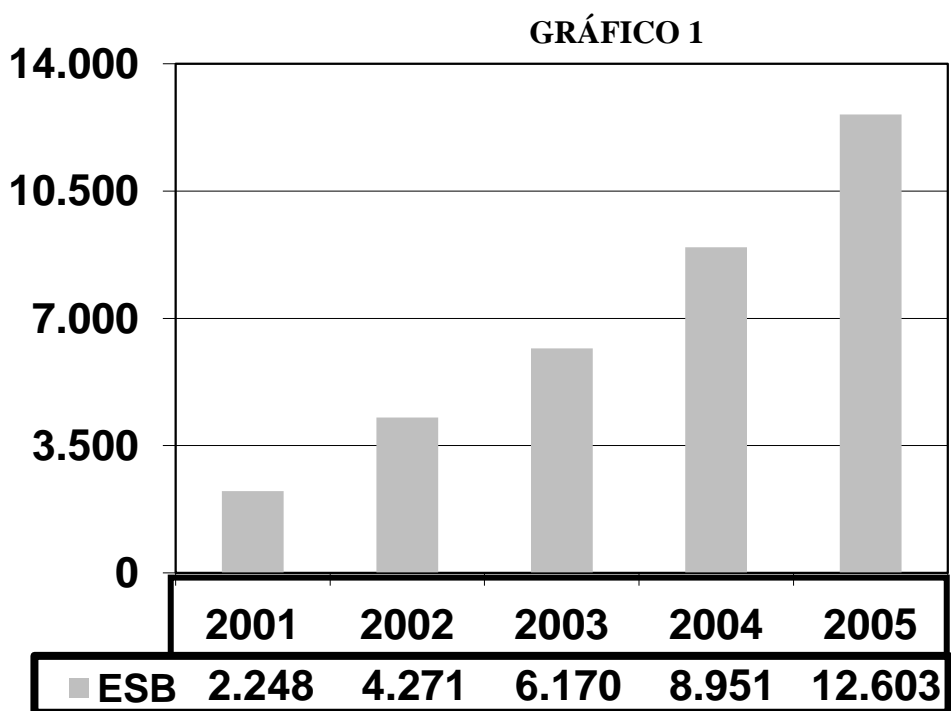
VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Phisics. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, p. 255-264, 2005.

ZANETTI, C. H. C.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L. et al. Em busca de um paradigma de promoção local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 13, p. 18-35, 1996.

ANEXOS

De dezembro de 2002 até dezembro de 2005 foram implantadas 8.342 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família, chegando a um total de 12.603 ESB, um aumento de mais de 195% no número de equipes, conforme gráficos abaixo. Até dezembro de 2005, 94,2% dos municípios contavam com ACS, 89,6% com ESF e 70,1% com ESB.

Equipes de Saúde Bucal implantadas. Brasil 2001. dezembro/2005

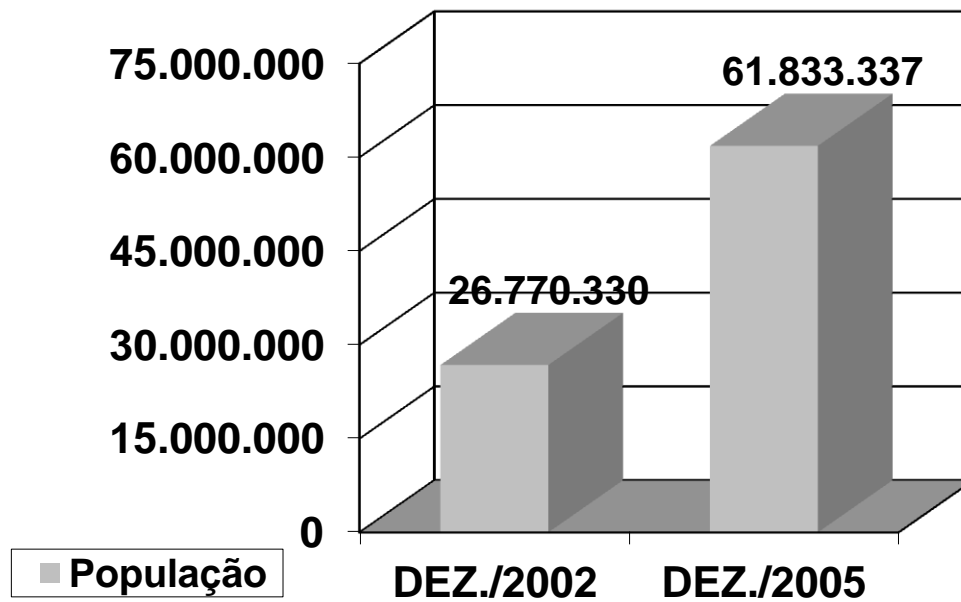


Fonte: SIAB

GRÁFICO 2

Houve nesse período um acréscimo na cobertura populacional das ESB em mais de 35,5 milhões de pessoas, totalizando mais de 61,8 milhões de pessoas cobertas por essas equipes.

Cobertura populacional das ESB. Brasil, dezembro/2002 - dezembro/2005

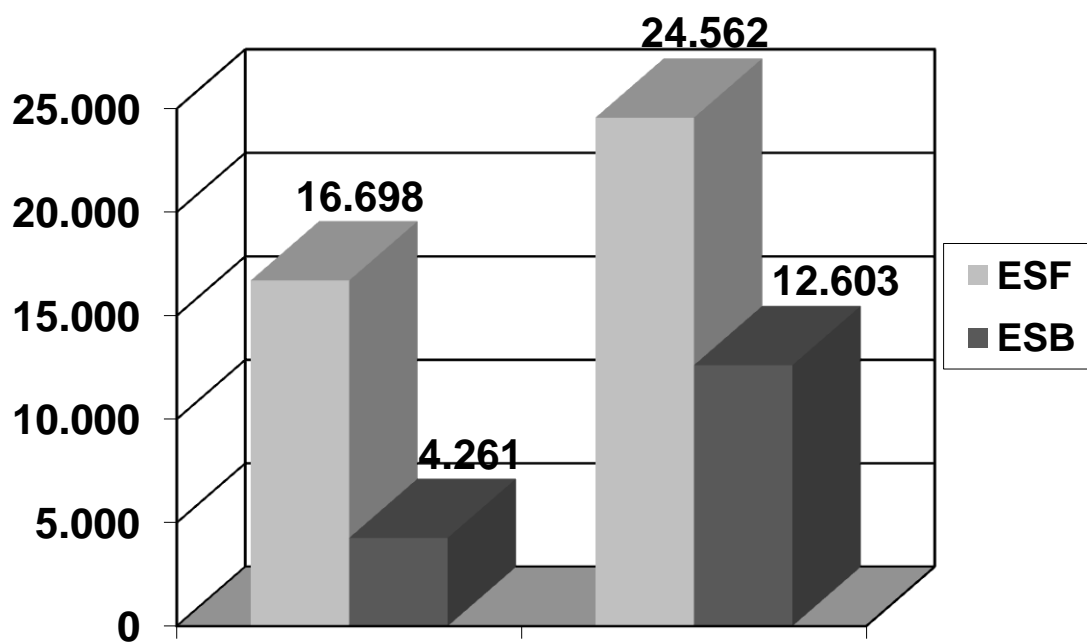


Fonte: SIAB

GRÁFICO 3

Observa-se, ainda, que, em dezembro de 2002, aproximadamente 25,5% das Equipes de Saúde da Família tinham profissionais de saúde bucal. Em dezembro de 2005, essa proporção chegou a 51,3%, o que representa um crescimento na proporção entre as equipes.

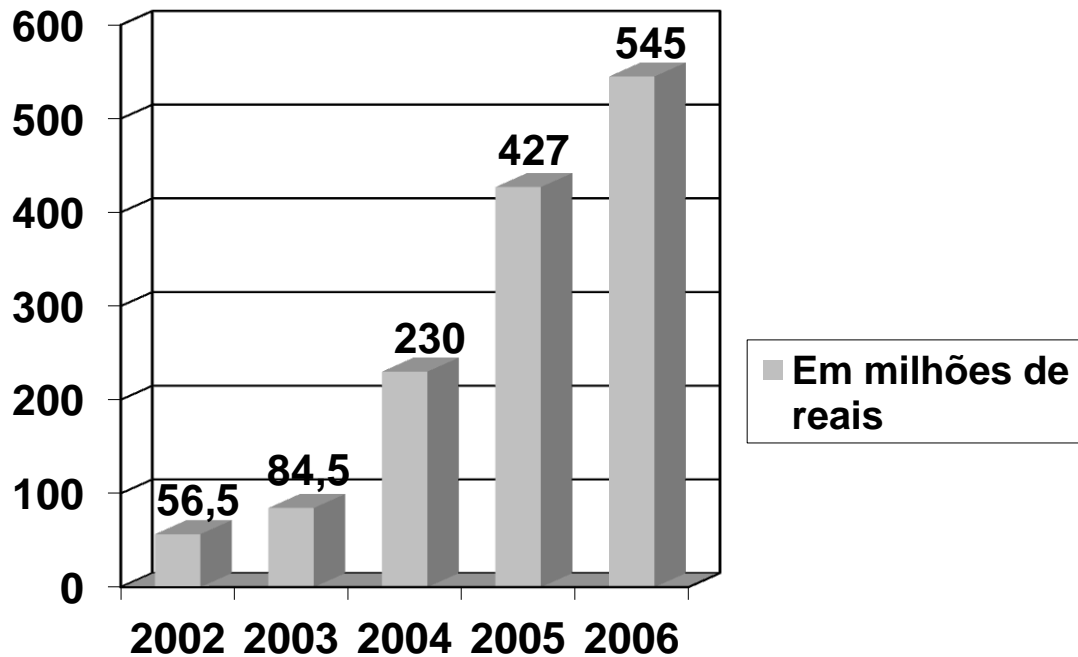
Proporção entre ESF e ESB, Brasil, dezembro/2005



Fonte: SIAB

GRÁFICO 4

Com relação aos investimentos na área de saúde bucal, em 2002 foram gastos R\$ 56 milhões. Em 2003, foram investidos mais 46%, passando a R\$ 84 milhões. Em 2004, o investimento foi de R\$ 184 milhões. Para 2005, foram mobilizados R\$ 427 milhões para investimentos em saúde bucal, e a previsão é que, em 2006, sejam investidos R\$ 545 milhões, o que corresponde a aproximadamente dez vezes o valor investido em 2002.

Recursos Federais investidos em Saúde Bucal: 2002 - 2006

Fonte: Ministério da Saúde