

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

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESAFIOS A SEREM SUPERADOS**

**MARCOS JOAQUIM LOPES**

**CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS**

**2010**

**MARCOS JOAQUIM LOPES**

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESAFIOS A SEREM SUPERADOS**

**CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS  
2010**

**MARCOS JOAQUIM LOPES**

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESAFIOS A SEREM SUPERADOS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**CAMPOS GERAIS – MG  
2010**

**MARCOS JOAQUIM LOPES**

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: desafios a serem superados**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Aprovado em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CAMPOS GERAIS - MG  
2010**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por me dar força para enfrentar os desafios que a cada dia são colocados em nossa vida.

A minha família pelo apoio e incentivo nos momentos de desânimo, aos meus colegas pela companhia e amizade, e de maneira especial ao meu pai, que sempre confiou e vibrou com minhas conquistas, mas que infelizmente não está presente mais.

A melhor maneira que a gente tem de fazer possível amanhã alguma coisa que não é possível de ser feita hoje, é fazer hoje aquilo que hoje pode ser feito. Mas se eu não fizer hoje o que hoje pode ser feito e tentar fazer hoje o que hoje não pode ser feito, dificilmente eu faço amanhã o que hoje também não pude fazer.

Paulo Freire

## RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) consolida-se como modelo de atenção à saúde, pois permitiu uma maior aproximação dos profissionais com o seu campo de atuação, estabelecendo vínculos de compromisso com a população. A inserção da saúde bucal no PSF acarretou uma nova perspectiva para a odontologia, propondo a reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo atenção integral aos indivíduos e suas famílias. A atenção básica em saúde bucal tem as suas ações orientadas à identificação, prevenção e solução dos principais problemas da população afetada, a qual se produz como o fruto da participação consciente e organizada da comunidade e de sua cooperação com as instituições de saúde. Assim, o presente trabalho tem como objetivo analisar na literatura nacional a inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família. O principal resultado encontrado em cima das análises de obras nacionais foram os anseios quanto à valorização dos profissionais como parte integrante das Equipes de Saúde da Família, a inserção do cirurgião dentista na equipe de saúde da família e a preocupação com a formação de um cirurgião dentista inserindo-o na realidade social do país com competência técnica para a realização de atividades promocionais almejando melhoria da qualidade da saúde bucal da população sob a sua responsabilidade.

**Palavras-chaves:** Programa saúde da família, saúde Bucal, saúde bucal na saúde da família.

## **ABSTRACT**

The Family Health Program (PSF) established itself as a model for health care because it allows a closer approximation of the professionals with their field of expertise, establishing bonds of commitment with the population. The insertion of the FHP brought a new perspective to propose a reorganization of the dental model of care and expanding access in health care, providing comprehensive care to individuals and their families. The primary dental care has its actions aimed at the identification, prevention and solution of the main problems of the affected population, which is produced as the result of conscious and organized participation of community and cooperation with health institutions. Thus, this study aims to examine national literature integration of oral health on the family health strategy. The main result found upon analysis of national works were the concerns about the valuation of professionals as part of Family Health Teams, the insertion of dental surgeons in the team of family health and concern with the formation of a dental surgeon inserting it in the social reality of the country with technical competence to carry out promotional activities aiming to improve the quality of the oral health of the population under its responsibility.

**Keywords:** Program family health, oral health, oral health in family health.



## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	09
2.	JUSTIFICATIVA.....	11
3.	OBJETIVO.....	14
4.	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	15
	4.1 Referencial teórico-metodológico.....	15
	4.2 Método.....	15
5.	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
	5.1 Inserção da saúde bucal no Brasil.....	16
	5.2 Saúde bucal e saúde da família.....	19
	5.3 Atuação da equipe de saúde bucal no serviço de saúde.....	21
	5.4 Equipe de saúde bucal.....	22
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27

## 1. INTRODUÇÃO

Iniciei minha vida profissional trabalhando como cirurgião dentista em fevereiro de 2004, e em setembro de 2006 tive a oportunidade de fazer parte da equipe de saúde da família no município de Aiuruoca, cidade onde resido.

Em 2008 participei do processo seletivo para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais, na modalidade a distância vinculando-me ao Polo de Campos Gerais. No transcorrer da oferta das disciplinas e pelo convívio com os demais profissionais que estavam realizando o curso fui incorporando novos conceitos e passei a vivenciar na minha prática profissional que, ainda é incipiente, a inserção da saúde bucal na atenção primária à saúde dentro de uma equipe de saúde da família. Concebi também que o trabalho em equipe é uma importante ferramenta para romper as barreiras do conhecimento fragmentado, pois, possibilita uma discussão das especificidades de cada profissão e a compreensão dessa diversidade de saberes. Ao realizar os módulos específicos da saúde bucal, centrei minhas inquietações relacionadas ao trabalho do cirurgião dentista dentro dessa visão mais ampla e assim pude compreender que muito ainda precisa ser feito para que a saúde bucal incorpore a “saúde” dentro de uma visão holística.

Considerando que o cirurgião-dentista, em virtude do delineamento dos currículos tradicionais de formação profissional que tendem a dar maior ênfase às práticas curativas, dentro de ambientes de consultórios, muitas vezes não é preparado adequadamente em sua formação para um trabalho de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde bucal. O trabalho no Programa Saúde da Família (PSF) é uma área relativamente nova para os profissionais da odontologia que estão se incorporando em outra ambiência com novas convivências sociais.

Neste trabalho optou-se por usar o termo PSF por ser o mais conhecido na sociedade. O PSF foi estruturado com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

A saúde bucal por sua vez vinha sendo desenvolvida dentro de outra lógica assistencial, muito mais voltada para atendimento de crianças até 12 anos com a finalidade de reduzir o índice da cárie nessa faixa de idade. O *locus* de atuação do cirurgião dentista era, portanto as Escolas públicas.

A atenção básica em saúde bucal no PSF tem as suas ações orientadas à identificação, prevenção e solução dos principais problemas da população afetada, a qual se produz como o fruto da participação consciente e organizada da comunidade e de sua cooperação com as instituições de saúde. Estas ações se concretizam por meio do uso de tecnologias apropriadas e recursos humanos postos no alcance de todos os indivíduos e famílias, a um custo que a comunidade e o país possam suportar.

Portanto, o tema inserção da saúde bucal no PSF, foi escolhido devido à importância de discutir a saúde bucal dentro de um contexto maior, deixando de ser apenas uma profissão tecnicista e passando a analisar o indivíduo no contexto de sua família. Além disso, o trabalho da equipe multidisciplinar dentro do PSF propõe que a família seja assistida por profissionais de diferentes áreas, com um objetivo comum que é a saúde de todos os membros da comunidade da área adscrita.

## 2. JUSTIFICATIVA

Em 1994 o Ministério da Saúde lançou o PSF com a finalidade de aumentar a cobertura da população com as ações da atenção básica de saúde, com caráter organizativo e substitutivo, para sair de um modelo tradicional de assistência baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma estratégia para uma atenção primária à saúde qualificada e resolutiva. (BRASIL, 2006).

O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais na atenção básica pela oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo de atenção à saúde. Esses pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, ou seja, naquele calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado. Reconhece-se ser um desafio para essa superação da mudança do modelo, a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006).

O PSF lida com uma nova proposta de reorganização da saúde, buscando compreender, também, a dimensão social do cuidado. Dessa forma, é de suma importância estimular as equipes de saúde da família a refletirem e a desenvolverem ações em saúde, notadamente, sem olvidar que as pessoas também adoecem. A especificidade das ações realizadas na atenção básica exige do profissional não só preparo técnico, como maturidade e compromisso ético para um desempenho de uma prática bem embasada e que atenda as necessidades das famílias.

Mello *et al.* (2007, p. 76) ressaltam a importância de se acompanhar as mudanças quando afirma que:

Formar-se das velhas práticas não é de todo mal, o problema está em não se ter quase a possibilidade de conhecer e trabalhar efetivamente nas novas práticas e em se pensar que esse antigo modo de operar é o suficiente para dar conta das demandas daqueles que paulatinamente, no decorrer da formação, se tornarão objetos de cuidados. (MELLO *et al.*, 2007)

Desta forma, entende-se que a criatividade, a sensibilidade e a renovação do conhecimento são necessárias para os profissionais atuantes na estratégia saúde da família. Sabe-se que um dos caminhos para a humanização da assistência é a qualificação profissional, onde as velhas práticas precisam ser substituídas e reinventadas no intuito de concretizar a mudança na ação desenvolvida, abrindo oportunidades e novos caminhos para uma assistência competente e humanizada. (TEIXEIRA, 2004).

Durante anos, foram estabelecidos vários modelos de atenção à saúde no país e o SUS sofreu inegáveis transformações. Em 1994, o Ministério da Saúde institucionalizou o 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, o cirurgião-dentista ainda não estava inserido nessa nova proposta. Até então esse profissional vinha atuando quase que exclusivamente dentro das Escolas e em consultórios particulares.

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. Com este acontecimento, a integralidade dos cuidados, passo importante na observância dos princípios do SUS, pôde ser praticada. Após a inclusão da equipe de saúde bucal no PSF definiu-se um novo cenário na odontologia brasileira, tendo em vista o surgimento de novas perspectivas e ações que contrastavam com o modelo de atenção vigente anterior. A atenção individual sempre predominou no sistema de ensino odontológico e encontrava-se carente de outra atenção, a coletiva. Com isso, ampliaram-se a visão e a dimensão para grupos, coletivos, comunidades, que geralmente não estavam presentes na formação acadêmica do cirurgião-dentista. (ANDRADE *et al.*, 2002).

Apesar dos avanços da saúde bucal na atenção básica, o índice de cobertura populacional não vem acompanhando os da estratégia saúde da família.

Reconhecendo a importância da inserção da saúde bucal na atenção básica junto à estratégia saúde da família e também os desafios para a sua consolidação é que optei por realizar estudo, tendo como embasamento empírico os desafios que enfrento no meu cotidiano para atender uma população adscrita a uma equipe de saúde da família onde preconizo o trabalho coletivo de atenção à saúde.

### **3. OBJETIVO**

Analisar na literatura nacional a inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Referencial teórico - metodológico**

A revisão narrativa utiliza dos conhecimentos da medicina baseada em evidências, pois, parte de conhecimentos já construídos sobre determinado assunto e possibilita que outros pesquisadores a sua utilização para análise de outras realidades.

Rodrigues (2007) comenta que a medicina baseada em evidências utiliza-se de critérios para a tomada de decisão de determinadas práticas ou cuidados, a partir da identificação na literatura de experiências exitosas, que poderão ser incorporadas na clínica.

Na revisão narrativa os critérios são definidos pelo pesquisador, à luz das suas evidências.

### **4.2 Método**

A pesquisa bibliográfica procura explicar problemas a partir de referências teóricas publicadas, buscando conhecer e analisar as contribuições existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema. A revisão narrativa não exige um protocolo rígido para busca dos trabalhos nos bancos de dados.

Neste trabalho utilizaram-se estritamente referências bibliográficas pesquisada em Bancos de dados nacionais, pesquisas em livros pertinentes ao assunto e pesquisas na Internet.

Definiu-se a priori, que a busca seria nos bancos de dados LILACS e SCIELO utilizando-se os seguintes descritores:

Programa saúde da família, saúde bucal, saúde bucal na saúde da família

Alem desses artigos foram também pesquisados Portarias do Ministério da Saúde que tratam da saúde bucal na saúde da família, Relatórios das Conferências da Saúde Bucal.



## 5. REVISÃO DE LITERATURA

A saúde bucal realizada pelos serviços públicos era até a década passada voltada basicamente para a população escolar e ao atendimento as urgências. A partir de 2000 amplia-se o acesso dos usuários às ações de saúde bucal.

### 5.1 Inserção da Saúde Bucal no Brasil

Durante anos, foram estabelecidos vários modelos de atenção à saúde no país e o SUS sofreu inegáveis transformações. Em 1994, o Ministério da Saúde institucionalizou o 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, o cirurgião-dentista ainda não estava inserido nessa nova proposta. Até então esse profissional vinha atuando quase que exclusivamente dentro das Escolas e em consultórios particulares.

A inserção da saúde bucal nas equipes de saúde da família vem propiciando uma nova visão da odontologia na atenção básica e merecendo das instituições de ensino mudanças no processo de formação.

Por sua vez, Medeiros *et al.*, (2007) diz que a inclusão de profissionais da saúde bucal no PSF teve início efetivamente nos primeiros meses de 2001 e caracterizou-se por uma ampliação no atendimento em saúde bucal em todas as regiões do país. Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se através desta estratégia consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora meramente de promoção da saúde bucal da população infantil escolar. A inclusão de equipes de saúde bucal no PSF surgiu como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, objetivando diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações odontológicas.

Segundo Pereira *et al.*, (2009) no que se refere à saúde bucal, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº. 1.444, em 2000, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF, incluindo desta maneira

as ações de saúde bucal no PSF na tentativa de se alcançar este modo integral de atenção, tomando-a como parte integrante da saúde das famílias e comunidades. Em todo esse tempo, desde que foi estabelecido o incentivo para a implantação das equipes de saúde bucal no PSF, houve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil.

De acordo com os dados mais recentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, um total de 16.190 equipes de saúde bucal estavam implantadas em todo o território nacional até janeiro de 2008. Esse número era 4.261 em 2002, indicando um crescimento de 280% em cinco anos. Apesar disso, pouco tem sido feito no sentido de monitorar tal inclusão e avaliar seus impactos, o que pode ser constatado pela escassa literatura sobre este tema. Há poucos estudos sobre como se desenvolvem as práticas de saúde bucal nos serviços odontológicos públicos no Brasil. Os trabalhos de alguns autores desenvolvidos nos anos 1990 investigaram algumas intervenções municipais exitosas de reorganização das ações odontológicas no setor público em Curitiba (Paraná), Campinas (São Paulo), Belo Horizonte e Ipatinga (Minas Gerais). Nesses casos, o principal fator relacionado ao êxito tem sido o apoio do governo local. Esses estudos apontam para a importância da investigação também dos componentes da gestão municipal mais favoráveis para o desenvolvimento da atenção à saúde bucal pública do país. (MS, 2004).

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação, impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção no contexto da atenção básica, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família. A inserção das equipes de saúde bucal constitui-se atualmente numa fonte de emprego em expansão para o cirurgião-dentista no Brasil. Entretanto, o cirurgião-dentista que trabalha na estratégia saúde da família vê-se freqüentemente diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer as suas atividades. Isso porque ele recebeu uma educação voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para os fatores condicionantes de determinantes do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde. (MS, 2004).

A odontologia, seguindo o caminho das profissões médicas, historicamente, constituiu suas práticas centradas na doença, de forma individualizada e tecnicista. Além disto, as políticas

públicas nacionais de saúde bucal têm ocorrido de modo retardatário, marginal às políticas maiores do campo da saúde. (MARTINS FILHO, 2000).

Segundo Antunes e Narvai (2010), o setor privado da odontologia brasileira proporciona atendimento freqüente à somente 5% da população devido aos aspectos curativistas e ao alto custo que tem caracterizado esta prática. Para outros 15%, a freqüência é de modo irregular e, para o restante da população, a odontologia oferece resposta mutiladora, ou seja, a extração, que para as classes populares acaba por ser a melhor saída para a solução de seu problema que é a dor. Esta afirmativa se confirma no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), no tema que discursa sobre o Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil, que diz:

A situação de saúde bucal, da população brasileira, é caótica. O modelo de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986, p. 04)

Depois deste diagnóstico e das devidas recomendações de mudanças, no Relatório Final da II CNSB (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1993), verifica-se que persevera, a monopolização dos conhecimentos em saúde pelos profissionais da área, e dentre estes a formação de elites altamente especializadas, descomprometidas com o processo de construção de uma prática mais adequada e socialmente justa.

Com o intuito de alcançar dados que contribuíssem para o incremento de ações de planejamento e avaliação na área de saúde bucal coletiva e, ainda, para a consolidação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal, foi realizado o Projeto SB BRASIL - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira. Outros atores importantes no cenário da Odontologia no Brasil são os profissionais auxiliares. O surgimento das categorias auxiliares no setor saúde tem sido associado à racionalização do trabalho, ao aumento da produtividade e da qualidade no trabalho, ao desenvolvimento científico-tecnológico e às mudanças nas práticas e nos modelos de assistência. A incorporação desses profissionais permitiu o aumento da cobertura e a mudança no quadro de recursos humanos dos serviços de saúde.

De acordo com Melchior (2002), a realização de trabalhos em equipe pressupõe a noção de complementaridade e a interdependência dos saberes e reorganização do processo de trabalho. A ação-reflexão-ação sobre as atividades propostas em equipe deve ser um exercício diário, tendo em conta não só as questões técnicas, mas, sobretudo as relações interpessoais. É fundamental ter clareza do papel e responsabilidade de cada membro da equipe e dos objetivos e resultados esperados. As atividades realizadas em equipe não descaracterizam a formação individual ou minimizam as responsabilidades de cada membro.

No Brasil, a utilização de auxiliares em saúde bucal intensificou-se na década de 70. O auxiliar de higiene dentária foi incorporado a programas escolares da Fundação SESP e da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, em 1952, com as funções principais de aplicação tópica de flúor e profilaxia dentária. Em 1959, o VII Congresso Odontológico Brasileiro recomendou a utilização de pessoal auxiliar também na assistência direta ao trabalho do dentista. Experiências como os programas de formação e incorporação de auxiliares do Departamento de Odontologia da PUC/MG, o Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE) do Distrito Federal, da década de 70, assumiram o trabalho “simplificado” em odontologia, delegando funções de maneira ampla e propondo uma profunda reorganização dos serviços de saúde bucal. (CARVALHO, 2000).

## **5.2 Saúde Bucal e a Saúde da Família**

Desde 1999, as discussões da Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde propõem a inclusão da saúde bucal no PSF e culminaram na elaboração do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, com a regulamentação da inserção da saúde bucal no PSF através da portaria nº 267, de 06/03/01. A inserção da saúde bucal no PSF é a resposta mais legítima à proposta de mudança do modelo de saúde, excludente e ineficaz que caracterizou a Odontologia no campo das ações públicas de saúde. No novo modelo, apesar de tantas insuficiências, a saúde bucal tem buscado incorporar-se como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e assumindo o compromisso de quitar uma dívida social do Estado com o povo construído em anos de exclusão e abandono. (BRASIL, 2007).

São inegáveis, porém incipientes, os avanços alcançados com os modelos de atenção à saúde bucal, ao longo da história. Mostraram-se significativos para se chegar a esta nova proposta, especialmente, por apontarem erros e acertos neste percurso. No PSF, a saúde bucal também

apresenta desafios a serem superados, questões referentes à implantação das equipes, ao financiamento, à organização dos serviços e, sobretudo, aos recursos humanos. Este último pode ser visto como um dos maiores desafios, pois o sucesso da estratégia saúde da família é, antes de tudo, resultante de uma mudança de atitude dos profissionais em saúde bucal coletiva que atuem na atenção básica. (SILVEIRA FILHO, 2002).

A inscrição da saúde bucal no PSF com o redesenho do quadro de suas práticas foi um avanço importante, mas ainda incipiente diante dos desafios a serem superados. Este processo precisa ser ampliado de forma que seja a base de sustentação de uma efetiva substituição de práticas tradicionais por práticas que contribuam para a reorganização do modelo de atenção à saúde, atendendo às reais necessidades dos cidadãos. Esta reorganização deve ser acompanhada de adequada incorporação tecnológica, tanto no que se refere à infra-estrutura quanto ao conhecimento. Para tanto, os profissionais que atuam na estratégia precisam estar dispostos e capacitados a lidar com estas inovações e a adaptá-las às diferenças locais, para que possam, concretamente, reorientar seu processo de trabalho e atingir níveis adequados de resolutividade. (SOUZA, *et al.* 2002).

Segundo Souza e Roncalli (2007), entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. 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. A incorporação oficial do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família aconteceu somente em 2000 dentro de um contexto político, econômico e social favorável. O Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº. 1.444, o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal no PSF, o que resultou em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil.

### **5.3 Atuação da equipe de saúde bucal no serviço de saúde**

Particularmente no PSF, constitui um dos desafios à consolidação de uma prática que avance para o controle dos processos de saúde e doença de forma integral com novas práticas

sanitárias. A busca de um marco conceitual e a instituição de políticas educacionais que contribuam para a formação do profissional de saúde em odontologia é um desafio que pode acarretar transformações na situação do setor de recursos humanos para o SUS, nas suas práticas e, conseqüentemente, no panorama de saúde bucal da população brasileira, ainda que seja um processo complexo e de longo prazo. (BÚSS, 2003).

Conforme Antunes e Nirvai (2010), com a criação do SUS na Constituição de 1988 é o marco de referência do início da oferta de atendimento odontológico regular na rede pública de saúde. Universalidade, integralidade e equidade: a adoção dos princípios constitucionais do SUS implicou reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e direito de todos.

Entretanto, expandir o atendimento público odontológico para além do tradicional grupo materno-infantil tem representado enorme dificuldade para a rede de saúde, pois os recursos destinados para essa finalidade, apesar de crescentes, não são suficientes para atender imediatamente todas as potenciais necessidades da população. Para fazer frente a esse desafio, adotou-se a estratégia de direcionar recursos e eleger metas prioritárias. O primeiro alvo proposto foi o atendimento de crianças, gestantes e urgência odontológica nas unidades básicas de saúde. A incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, em 2000, e o estabelecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas, em 2004, representaram novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento odontológico.

O PSF possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de atenção primária em saúde bucal, e os Centros de Especialidades Odontológicas (no âmbito do programa Brasil Sorridente) ampliaram a oferta de atendimentos protéticos, de endodontia e radiologia odontológica. Ademais, o serviço público odontológico não se limita ao atendimento clínico, mas inclui a atuação na comunidade, levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde, serviços para grupos com necessidades diferenciadas, o que pode ser entendido como promoção de saúde bucal. (ANTUNES e NIRVAI, 2010).

#### 5.4 Equipe de Saúde Bucal

Observa-se que a utilização de categorias ocupacionais auxiliares em saúde vem crescendo na maioria dos países do mundo. Medeiros *et al.* (2000) apontam a utilização de pessoal auxiliar como estratégico na promoção da saúde bucal.

É praticamente consenso que a utilização de pessoal auxiliar em odontologia promoveu mudanças na forma de organização dos serviços e no modelo assistencial, provocando o aumento da produtividade, da cobertura dos serviços, elevando a qualidade do atendimento prestado e ampliando o caráter social inerente à Odontologia. (MEDEIROS *et al.*, 2007).

A equipe de saúde bucal no PSF é composta por cirurgião dentista (CD), auxiliar de saúde bucal (ASB) e técnico de saúde bucal (TSB) e cada modalidade apresenta incentivos financeiros diferenciados.

Consolidar a saúde da família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da Saúde. Também as ações de saúde bucal devem ser organizadas para que passe a existir uma nova relação entre os profissionais da equipe, visto que na odontologia predomina a cultura da especialização e do trabalho individualizado do dentista. (BRASIL, 2007).

Sabe-se que a estratégia saúde da família é um dos eixos fundamentais da ação do setor público na área de saúde. A característica básica da proposta, em implantação há mais de uma década no país, é prover a atenção básica em saúde, aumentando o acesso da população aos serviços de saúde, com base numa modalidade de atendimento que visa à transformação do modelo assistencial. (CAMARGO JUNIOR, 2008).

Segundo Camargo Junior (2008), com base em estudo documental relatam como ainda é distante o sonho da saúde universal como direito dos cidadãos, ainda que apontando a importância do SUS e da ESF para que esse princípio seja contemplado ao menos como imagem-objetivo.

De acordo com Antunes e Nirvai (2010), o monitoramento das desigualdades de saúde é importante tarefa da saúde pública, inserida no campo das práticas comumente identificadas de

modo mais amplo como "vigilância em saúde". Extensa literatura descreve e explora analiticamente as diferenças nos indicadores de morbidade e mortalidade entre os estratos socioeconômicos, raciais e de gênero, em diferentes momentos e territórios. Fatores de risco e de proteção podem incidir de modo desigual sobre os estratos sociais, com efeitos deletérios ou salutares que atingem a população de modo heterogêneo e aumentam as desigualdades em saúde. Nesse sentido, é necessário avaliar as políticas de saúde não apenas pelo efeito global que exercem sobre a saúde coletiva, mas também pelo resultado de suas intervenções sobre o quadro pré-existente de desigualdades em saúde.

Nas últimas décadas, duas importantes intervenções em saúde bucal foram fortemente expandidas em todo o País, tendo como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde, inclusive de saúde bucal. A fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do SUS superaram a restrição histórica dessa modalidade assistencial ao grupo materno-infantil, notadamente aos escolares. (ANTUNES e NIRVAI, 2010).

Moysés *et al.*, (2008), retratam a trajetória da construção da Estratégia Saúde da Família, uma nova forma de exercício da saúde bucal no Sistema Único de Saúde brasileiro. Para o autor, a mudança de modelo de atenção à saúde no SUS, por intermédio da estratégia saúde da família, requer a participação ativa das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, sendo as últimas responsáveis pela execução e gerenciamento das ações e serviços de Atenção Primária em Saúde (APS). Esses autores chamam a atenção para a complexidade da estrutura familiar atual e para o desafio que ela representa para a estratégia saúde da família. Ao avaliar o desenvolvimento da estratégia, apontam alguns problemas críticos para o seu sucesso, como a qualificação dos profissionais que irão atuar na área, oriundos de escolas onde a formação está pautada no modelo biomédico; a questão do incentivo financeiro, uma vez que os municípios dependem do repasse de verbas dos governos federal e estadual para a sustentação da estratégia; e a falta de uma orientação legal-trabalhista que direcione a contratação das equipes. Concluindo, enfatizam a importância de se considerarem as diferenças regionais e a preservação dos princípios norteadores da Atenção Primária em Saúde na implantação e desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no Brasil.

Para Souza e Roncalli (2007), a atual Política Nacional de Saúde Bucal tem como um de seus pressupostos, do ponto de vista assistencial, a operacionalização da oferta de serviços na



atenção básica através do PSF. Ainda com relação à assistência, a política incentiva o aumento da oferta de procedimentos nos níveis secundário e terciário da atenção com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, que são unidades de referência para as equipes de saúde bucal.

A inclusão de equipes multiprofissionais no processo de assistência ou do cuidado possibilita organizar o trabalho com níveis de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, ou seja, há que se complementarem os campos de saberes das profissões sem excluir a especificidade de cada uma.

É possível perceber, com base nos dados encontrados no estudo, bem como nas pesquisas supracitadas, que a inserção da saúde bucal PSF constitui um avanço na reorganização das ações da saúde bucal em um sentido mais amplo, onde o indivíduo é analisado dentro de um contexto maior, levando-se em consideração sua história de vida e o local onde vive. Baseado nisso, a inclusão da saúde bucal dentro do PSF busca dar ênfase a parte de promoção de saúde e prevenção dentro da odontologia sem, contudo deixar de atuar fazendo o tratamento e reabilitação dos problemas já existentes.

De acordo com esta nova visão da odontologia dentro do serviço público, o que se vê é que muitos dos cirurgiões dentistas que fazem parte da ESF sentem-se, em alguns momentos, inseguros e despreparados para exercer suas atividades em virtude da sua formação acadêmica, formação esta voltada para as ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e para as atividades de prevenção e promoção de saúde. No entanto, tendo em vista esta mudança que vem ocorrendo na odontologia onde a saúde bucal tem buscado incorporar-se como parte integrante da saúde geral do indivíduo, as faculdades da odontologia vem fazendo mudanças na sua grade curricular visando preparar melhor seus alunos para enfrentar esta nova realidade que a cada ano possibilita o emprego de mais Cirurgiões Dentistas no serviço público.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação, impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção no contexto da atenção básica, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família.

A inserção das equipes de saúde bucal constitui-se atualmente numa fonte de emprego em expansão para o cirurgião-dentista no Brasil. Entretanto, o cirurgião-dentista que trabalha na estratégia saúde da família vê-se freqüentemente diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer as suas atividades. Isso porque ele recebeu uma educação voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para os fatores condicionantes de determinantes do processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2004).

No tocante à prática do profissional junto à equipe de saúde da família, o fato de não ter ocorrido concomitante ao início da implantação do PSF, possivelmente, acarretou prejuízos na integração dos profissionais para facilitar as conexões entre os conhecimentos de cada profissional para propor novas práticas coletivas. (BALDANI, *et al.*, 2005).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o cirurgião-dentista em virtude do delineamento dos currículos tradicionais de formação profissional, que tendem a dar maior ênfase às práticas curativas, muitas vezes não é preparado adequadamente em sua formação para um trabalho preventivo satisfatório. O trabalho no Programa Saúde da Família desenvolve-se em uma área relativamente nova para a saúde bucal e daí surge o interesse de se analisar o perfil do cirurgião dentista no PSF, levando em consideração aspectos importantes como o tipo de trabalho desenvolvido e a satisfação dos profissionais em fazê-lo, a motivação e a qualificação profissional sempre voltado para a prevenção e a educação.

É necessário pensar na formação de um cirurgião dentista para inserir-se na realidade social do país e com competência técnica para realizar atividades promocionais almejando melhorar a qualidade da saúde bucal da população sob a sua responsabilidade. Valendo-se para tanto, que seja feita a sua inclusão na estratégia da saúde da família, onde devem ser capacitados e terem uma visão ampla sobre saúde, capazes de compreender os indivíduos, famílias e comunidade de forma sistêmica e integral, intervindo de forma qualitativa, no sentido de saber planejar, desenvolver e avaliar ações de saúde bucal, buscando, assim, responder às necessidades da comunidade.

Reconhece-se, também, que é prematura qualquer avaliação sobre a inserção da saúde bucal na saúde da família dada a incipiente cobertura que ainda perdura nos municípios brasileiros. Por outro lado é salutar destacar que a inserção da saúde bucal na equipe de saúde da família trouxe a incorporação de novas tecnologias para realização de uma atenção voltada para a família dentro de um determinado território permeado pelo trabalho multiprofissional.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M, BARRETO, I. C. H. C.; MARTINS JUNIOR, T. Por que a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Políticas Públicas**, ano V, n.1. Brasília: OPAS, 2002.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. 2010. **Revista de Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 01 de maio de 2010.

BALDANI, M. H.; FADEL. C.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, G. S. A inclusão da odontologia no programa saúde da família no estado do Paraná. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(4): 1026-1035. jul-ago, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 10 de outubro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Técnica. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, 2004.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA D, FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. A Estratégia Saúde da Família: percalços de uma trajetória. 2008. **Revista de Saúde Coletiva**. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 01 de maio de 2010.

CARVALHO, C. L. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia curricular para a formação de atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: área IV**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

**CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**, 01, 1986. Brasília, DF. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

**CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**, 2, 1993. Brasília, DF. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

MARTINS FILHO, M. T. Saúde da Família e Saúde Bucal. **Jornal do COSEMS/CE**. Ano IV, n 13, p.4, 2000.

MEDEIROS, C. L. A. de. **Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família**. 2007. Disponível em: <http://www.lilacs.com.br>. Acesso em 01 de maio de 2010.

MELCHIOR, S. C. **A atuação do farmacêutico no Programa Nacional de DST/AIDS**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2002.

MELLO, M. F. de; MELLO, A. A. F. de; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOYSÉS, S. T. et al. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 01 de maio de 2010.

PEREIRA, C. R. dos S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. 2009. **Cadernos de Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 01 de maio de 2010.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**. 2007. Disponível em: <http://www.ebras.bio.br>. Acesso em 23 de maio de 2010.

SILVEIRA FILHO, A. D. Odontologia no PSF. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, n 4, p.18, 2002.

SOUZA, H. M. et al. A Implantação de uma Nova Mentalidade. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, n 6, p.21, 2002.

SOUZA, T. M. S. de; RONCALLI, A. G. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial**. 2007. Disponível em <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 01 de mai. de 2010.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2004.