

TACIANA DE PINHO MAGALHÃES

ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA:
A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF

GOVERNADOR VALADARES/ MINAS GERAIS
2009

TACIANA DE PINHO MAGALHÃES

ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA:
A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Aberta do Brasil e da Universidade Federal de Minas Gerais para a obtenção do certificado de especialista

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck

TACIANA DE PINHO MAGALHÃES

ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA:
A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Aberta do Brasil e da Universidade Federal de Minas Gerais para a obtenção do certificado de especialista

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck

Banca Examinadora

Aprovada em Governador Valadares em ____/____/____

AGRADECIMENTOS...

A Deus, por me dar forças e vontade de vencer a cada dia e sempre

Ao meu Marido Gustavo, pelo carinho e apoio constantes

Aos meus pais Heitor e Élide pelo amor incondicional

A minha filha Lara, que veio acrescentar razão e beleza aos meus dias

Ao meu orientador, pelo esforço e dedicação.

“Em algum momento, faltará espaço para o dentista (do passado) que se senta ´no mocho` e se concentra exclusivamente no tratamento ´curativo` de uma ´certa face`, de um certo dente, de uma ´certa arcada` da boca do paciente. O dentista do séc. XXI deverá ser um profissional melhor treinado para fazer diagnóstico das condições bucais, avaliar atividade/risco das doenças e reconhecer a sua eventual relação com os quadros sistêmicos. Terá que ser capacitado para fazer parte da equipe de saúde, dispondo de conhecimentos mais abrangentes para poder participar das questões mais amplas (extra-bucais) da comunidade. Naturalmente, sem negligenciar as suas responsabilidades específicas com relação à manutenção da saúde bucal”.

(WEYNE)

RESUMO

Como modelo assistencial atualmente adotado por aproximadamente 70% dos municípios brasileiros, o PSF vem se consolidando, como um dos principais instrumentos de reestruturação do SUS. Tem, como objetivo, abordar a inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF). Foi realizada revisão de literatura com as palavras-chave Saúde Bucal, Programa de Saúde da Família e SUS no período de 12 meses nas bases de dados oficiais do Ministério da Saúde e demais matérias pesquisados tais como artigos, teses, dissertações e livros. Verifica-se que o modelo assistencial em saúde bucal centrado no núcleo familiar é o que apresenta maior potencial para responder às demandas historicamente reprimidas em função, também, da reduzida capacidade de enfrentamento e do baixo impacto frente aos problemas bucais, característicos dos modelos que o antecederam.

Palavras-Chave: Saúde Bucal, Programa de Saúde da Família, SUS.

ABSTRACT

As health care model currently adopted by approximately 70% of Brazilian municipalities, the Family Health Program has been consolidated as one of the major instruments for restructuring the Public Health System. It has the objective of discussing the insertion of oral health in the Family Health Program. Literature review was performed with the keywords Oral Health, Family Health Program and Public Health System in a period of 12 months in administrative databases of the Ministry of Health and other matters investigated such as articles, theses, dissertations and books. It appears that the oral health care model centered on the family core is the one with the greatest potential to respond the demands historically suppressed due also to the limited facing capacity and low impact compared to oral problems, characteristic of models that predecessors it.

Keywords: Oral Health, Family Health Program, Public Health System

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
ACS – Agente Comunitário de Saúde
CD – Cirurgião Dentista / Cirurgiã Dentista
ESB – Equipe de saúde da Família
ESF – Equipe de Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
SF – Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de saúde
THD – Técnico em Higiene Dentária
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	12
3. METODOLOGIA	13
4. RESULTADOS	14
4.1 O programa saúde da família	15
4.2 Responsabilidades da equipe do PSF	20
4.3 Os números atuais	20
4.4 A inclusão das Equipes de Saúde Bucal	21
4.5 O Brasil Sorridente	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
6. REFERÊNCIAS	26

APÊNDICE

1 INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, assumiu, em seu relatório final, as bases da Reforma Sanitária Brasileira, em consonância com o movimento da Organização Mundial de Saúde, originado no paradigma da Promoção da Saúde. Teve como características fundamentais, a proposição de um conceito ampliado de saúde, a criação do Sistema Único de Saúde, a participação da população e a ampliação do orçamento via previdência social. Os princípios éticos da reforma sanitária foram incorporados pela constituição de 1988, com o compromisso de reestruturação do modelo assistencial, tendo como referencial o direito do cidadão, por meio de um modelo descentralizado, resolutivo, integral e humanizado (BRASIL, 2000) (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), vem sendo implantado em todo o Brasil como estratégia para consolidar o Sistema Único de Saúde e reorientar o modelo assistencial. Tem como prioridade ações integrais e contínuas junto às famílias, tanto individuais quanto coletivas. Quanto à natureza, são ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (MATOS e TOMITA, 2004).

Em 2001 houve a inclusão de profissionais da saúde bucal no PSF, com vistas à melhoria e ampliação do atendimento em saúde bucal. Tendo a família como eixo do trabalho, o PSF vem buscando a consolidação, no âmbito das ações de saúde bucal, de um modelo de atendimento capaz de romper com o paradigma cirúrgico restaurador e introduzir um modelo de promoção de saúde. Teve como objetivo, a melhoria dos indicadores de saúde bucal e a ampliação ao acesso às ações odontológicas. Este processo se deu por meio da criação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF, segundo duas modalidades: a **Modalidade I**, composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e a **Modalidade II**, composta por um Cirurgião-Dentista (CD), um Técnico em Higiene Dentária (THD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Significou a proposição de uma nova forma de se fazer a prática, com o intuito de introduzir algumas mudanças no modelo de atenção em Saúde Bucal, de acordo com os princípios do SUS. Enfim, significou uma intenção de mudanças a serem operadas a longo e médio prazos, sendo natural que fossem encontradas algumas dificuldades, reveladoras da fragilidade dos serviços de saúde

bucal em todo o País. Assim, são inúmeros os problemas até hoje enfrentados em relação ao sistema de referência e contra referência, aos reduzidos recursos financeiros para implantação, execução e manutenção dos serviços, perfil inadequado dos profissionais e falta de implicação de muitos gestores com o processo de inserção da Saúde Bucal no PSF (BRASIL, 2000) (MATOS e TOMITA, 2004).

Com a implantação das Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, que dão sustentação à Política proposta e implantada pelo SUS em todo o País, que recebeu o nome de fantasia de “Brasil Sorridente”. Esta política busca melhorar a assistência odontológica à população. As ações de saúde bucal na estratégia da família devem integrar nas atividades desenvolvidas pelo PSF, tendo os mesmos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004).

Apesar da política de financiamento adotada para sua efetivação, baseada em incentivos, é muito difícil tornar as ações de saúde bucal universais, resolutivas e integradas, devido ao seu alto custo.

Segundo Pucca Jr.(2010), “o Brasil é considerado o campeão mundial da cárie”, pois para se conseguir cobrir todas as necessidades odontológicas da população brasileira, todos os cirurgiões- dentistas teriam que trabalhar oito horas por dia durante 30 anos sem que neste período houvesse qualquer manifestação de doença bucal na população. De acordo com o autor, a odontologia brasileira é muito contraditória. “se por um lado possuímos um aparato tecnológico e humano à altura dos países mais desenvolvidos, por outro excluimos a imensa maioria da população deste direito mínimo”.

É preciso que haja um aumento do volume de recursos financeiros públicos no setor público, assim como, é necessário implantar uma reforma curricular nas universidades, preparando os alunos para a realidade social da população e suas necessidades específicas.

Os últimos levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil pelo Ministério da Saúde (1986, 1993, 1996 e 2003), revelam um acúmulo dos problemas de saúde bucal na população. Isto ocorre apesar da implantação de políticas de prevenção e promoção de saúde, visando à melhoria da qualidade de vida. Desta forma, é indispensável

também, a adoção de ações clínicas e educativas que constituam a linha do cuidado abrangendo a saúde da gestante, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, enquanto forma de ampliar o acesso e de resgatar a credibilidade dos serviços de saúde bucal junto aos usuários **(BRASIL, 2004)**.

Na condição de Cirurgiã-Dentista (CD) de uma unidade básica de saúde (UBS), acredito que a realidade de onde trabalho seja semelhante a outras unidades inseridas na estratégia de Saúde da Família (SF), com imensa demanda de necessidades de tratamento curativo. Creio, também, que isto ocorre em função da determinação social das doenças bucais, uma vez que existem situações deficitárias de higiene e moradia, falta de saneamento básico, condições financeiras precárias e baixo nível intelectual dos nossos cadastrados que, mesmo com o acesso a informação, prevenção e promoção de saúde, apresentam dificuldades para colocar em prática hábitos saudáveis e alcançar devido sucesso sem que haja o tratamento curativo. Levando em conta todas as dificuldades enfrentadas pela Saúde Bucal no PSF para alcançar uma melhora nos índices de saúde bucal nas populações, escolhi o tema “A inserção da Saúde Bucal no PSF” para alcançar uma melhor compreensão sobre o assunto e conhecer outros meios que permitam a implantação de uma nova prática capaz de melhorar o cuidado, tornando-o mais adequado e resolutivo.

Este estudo tem, como objetivo, por meio de uma revisão da literatura, conhecer o processo de inserção das ações de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, enfatizando os aspectos legais, as competências e as atribuições da Equipe de Saúde Bucal e fazer uma aproximação dos desafios e das perspectivas quanto ao modelo de atenção, que podem ser percebidos como forma de superar o modelo que antecedeu a este processo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer, por meio de revisão da literatura, o processo de inserção das ações de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1 Conhecer os aspectos legais, as competências e as atribuições da Equipe de Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.
- 2.2.2 Abordar os desafios e as perspectivas originadas no modelo de atenção à saúde decorrente da inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, que podem ser percebidos como forma de superar os modelos de atenção à saúde bucal que antecederam a este processo.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo sobre o processo de inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com Lakatus e Marconi (1985), este desenho metodológico torna possível que o pesquisador adquira mais familiaridade com o tema que se deseja explorar.

No desenvolvimento da pesquisa bibliográfica foram selecionados artigos nos bancos de dados de alguns sites, que possuíam informações gerais e específicas acerca do assunto pesquisado. São sites de busca BVS, Scielo, Medline e livros sobre a temática. Os descritores foram: modelo de atenção em saúde bucal e a estratégia de saúde da família; inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família. Dentro do material pesquisado, foram selecionados artigos, teses, dissertações e livros, totalizando 28 referências, num período de um ano. Foi realizado um levantamento bibliográfico dos últimos seis anos sobre o processo de inserção da saúde bucal na ESF, em periódicos brasileiros.

Para obtenção das informações desejadas, foram acessados, preferencialmente, documentos oficiais do Ministério da Saúde. Foi realizado um breve levantamento bibliográfico dos últimos seis anos sobre o processo de inserção da saúde bucal na ESF, em periódicos brasileiros.

As informações obtidas foram apresentadas nos seguintes tópicos:

- a. Estratégia de Saúde da Família, com ênfase para a promoção da saúde, a atenção básica e o aparato legal que a envolve;
- b. A inserção da saúde bucal na ESF, com ênfase para o campo de atuação da saúde bucal na atenção básica;
- c. Modelo de atenção à saúde bucal proposto pela Estratégia de Saúde da Família;
- d. Campo de atuação do Cirurgião Dentista na ESF, diante do perfil epidemiológico prevalente, abordando o perfil profissional mais encontrado;
- e. Desafios ao avanço desse processo.

4 RESULTADOS

Após a oficialização da Constituição Federal em 1988, a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade, foram estabelecidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo esses princípios como base, o processo de construção do Sistema Único de Saúde visa oficializar os direitos sociais e aumentar a oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira (BRASIL, 2000).

O antigo modelo assistencial hospitalocêntrico, individualista e não resolutivo ainda predomina no país gerando alto grau de insatisfação tanto para os gestores e profissionais de saúde quanto para a população que utiliza os serviços (MATOS e TOMITA, 2004).

De acordo com diversas pesquisas, cerca de 85% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos em unidades básicas de saúde que funcionem adequadamente, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, ficando uma pequena parcela necessitando de atendimento em ambulatórios de especialidades e atendimento hospitalar (BRASIL, 2000).

Tendo em vista a mudança do modelo assistencial proposta pelo SUS, o Ministério da Saúde implantou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com o intuito de melhorar os indicadores de saúde e reordenar o modelo assistencial (BRASIL, 2000). Apesar do PSF ainda não corresponder às expectativas da população, é inegável sua contribuição para a saúde por provocar uma mudança no modelo assistencial (ALVES,2009).

Mudança esta que ainda não se modificou no parecer de Alves et.al (2009) que acreditam que “apesar das contradições entre as percepções biologicistas do processo saúde e doença, por parte dos profissionais e usuários, e a humanização das práticas em saúde desenvolvidas pelo programa, os avanços na relação entre esses atores parecem dar sinais positivos para todos”.

Alves et.al (2009) afirmam ainda que “estruturado como uma estratégia para dar conta do processo de reorganização da rede de atenção básica ou primária, o PSF, por essa potencialidade, seria também uma estratégia de reorganização de todo o sistema. Dos aspectos relevantes da estratégia, compreende-se a territorialização com a adscrição de clientela /criação de vínculo equipe-usuário e o aumento da oferta de serviços de saúde e de suas áreas de abrangência”.

4.1 O Programa de Saúde da Família

O PSF não é uma política isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis e representa tanto uma estratégia para reverter a atual forma de prestação de assistência à saúde, quanto uma proposta de reorganização da atenção básica, como eixo de reorientação do modelo assistencial. Busca responder a uma nova concepção de saúde (não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida) procurando intervir de uma forma mais abrangente nos fatores que colocam em risco a saúde das pessoas, por meio da incorporação das ações programáticas e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Tem como característica os princípios da universalidade, equidade e integralidade (MATOS e TOMITA, 2004).

Vários países já testaram o modelo de atenção preconizado pela Estratégia de Saúde da Família, com culturas e níveis socioeconômicos diferentes como, por exemplo, Canadá, Reino Unido e Cuba, com resolutividade de até 85%. Em benefício de todos, o programa permite ainda uma forte integração entre o Ministério, as secretarias estaduais, os municípios e a comunidade local, além de outros parceiros (BRASIL, 2000).

Apesar do grande número de municípios com equipes de PSF implantados, a cobertura populacional pelo Programa ainda é baixa, situando-se em torno de um terço dos habitantes do país, devido a grande dificuldade de sua implantação nos grandes centros urbanos, que concentram um maior contingente populacional. Na maioria das cidades, o PSF possui características de uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde

voltada a grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias como bairros pobres e favelas (ALVES, 2009).

O Programa Saúde da Família é a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil nos últimos anos e, juntamente com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), propõe inverter a lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais, visando a produção de ações intersetoriais de promoção e prevenção, com o objetivo de combater os riscos e reduzir as chances de que as pessoas fiquem doentes, apostando no SUS e na atenção integral em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2000) (SOUZA e RONCALLI, 2007).

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, assumindo o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, de acordo com necessidades individuais. Além disso, identifica os fatores de risco, neles intervindo de forma apropriada (BRASIL, 2000).

Todo o sistema deverá estar estruturado de acordo com a lógica da Estratégia de Saúde da Família, pois a continuidade da atenção deve ser garantida pelo fluxo contínuo setorial, sem solução de continuidade nesse processo. A Unidade Básica de Saúde (UBS), sob a estratégia da Saúde da Família, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo assistencial exige a integração entre os vários níveis de atenção (BRASIL, 2000).

O PSF representa ações que combinam práticas que possam levar as pessoas a serem mais felizes e produtivas, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e expressão e qualidade de vida (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Uma das principais estratégias da Saúde da Família é propor parcerias, sejam internas ou externas ao sistema de saúde como, por exemplo, nos campos do saneamento básico, da educação, da cultura, do transporte, entre outras (MATOS e TOMITA, 2004).

Estabelece uma forma diferenciada de trabalho e vínculo entre os membros de uma equipe, o que permite diferentes ações e a busca permanente do consenso. Sob este ponto de vista, o papel do profissional de saúde é aproximar-se da comunidade e fortalecer os vínculos de confiança, no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades (BRASIL, 2000).

Tal relação de trabalho, baseada na interdisciplinaridade (processo de integração recíproca entre várias disciplinas e campos de conhecimento), requer uma nova abordagem que estimule a permanente comunicação entre os componentes da equipe (BRASIL, 2000).

Para a consolidação dessa nova prática, é necessária a presença de profissionais com perfil adequado, com sensibilidade social, visão sistêmica e integral de indivíduos, famílias e comunidade, capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação. Capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam as necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Deve interagir com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades, e todas essas atribuições deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, pelo acompanhamento de indicadores de saúde da área de abrangência (BRASIL, 2000).

Comentando o fato de o PSF ser uma estratégia do SUS, de organização dos serviços a partir da atenção básica, Werneck et.al. (2003) afirmam que este deve estar em consonância com seus princípios e diretrizes. E afirmam que pressupostos do PSF, tais como

“ trabalho em equipe, multi, inter e transprofissional, intersetorialidade, vínculo, caráter substitutivo, confiança, visita domiciliar, cadastramento, além de termos que jamais poderão deixar-se banalizar pelo uso irrefletido, são construções complexas e não podem ser repetidas ou objetivadas sem uma compreensão correta de seus reais significados. Ou, ainda, sem a percepção daquilo que acarretam na discussão de processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente e de avaliação de serviços”.

Neste sentido, as Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde afirmam que, ao apresentar, como característica, uma enorme capilaridade, o PSF é um programa socialmente sensível: suas ações colocam frente a frente, profissionais e realidade. São espaços pedagógicos em que a prática é o objeto das ações e onde muitas situações falam por si, permitindo às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente reais e novos, a cada vez que ocorrem (BRASIL, 2004).

Nestas situações, é fundamental que se tenha cuidado com as pessoas: suas condições de vida, seus valores e seus hábitos. Há uma história, peculiar, envolvendo cada situação. É, também, fundamental, ter a consciência das diferenças sociais e culturais que existem entre profissionais do serviço e usuários. Diferenças que estão colocadas, são reais e perfeitamente sentidas pelos interlocutores, seja no atendimento que acontece na unidade de saúde, seja no momento de uma visita domiciliar. Aliás, todo cuidado é pouco quando da realização das visitas. Não apenas pelos aspectos aqui abordados mas, principalmente, pelo inegável despreparo que a maioria dos profissionais de saúde apresenta para a realização desta atividade (BRASIL, 2004).

Werneck et. al. (2003) lembram que, outra questão fundamental relativa ao PSF,

“diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar a proposta da formação de uma equipe multi ou interprofissional, na verdade ele introduz uma modalidade nova que, de alguma forma, vem afrontar valores e lugares consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam, além de ameaçar poderes instituídos no interior dos serviços de saúde. Traz, além desta ameaça, a possível constatação que não se trabalha em equipe e, pior, não se sabe trabalhar em equipe”.

Para estes autores, na tentativa de se conhecer a atual organização dos serviços de saúde e se propor a construção de um novo processo de trabalho, a partir do conceito de cuidado, algumas questões se colocam. Buscar respondê-las constitui o primeiro passo na busca de enfrentar este desafio, em especial para se repensar as ações de saúde bucal no PSF. São algumas delas:

- a. Conhecemos os princípios e os objetivos propostos no projeto da Instituição em que trabalhamos?
- b. Percebemos a complexa noção de totalidade social inerente àquilo que denominamos território?
- c. Partimos do conhecimento do território para planejarmos as ações de saúde bucal?

- d. Sabemos ouvir a queixa dos usuários?
- e. Respeitamos ou, ao menos procuramos respeitar, na prática cotidiana, a noção de “problema” tal como é percebida e colocada pelos trabalhadores da saúde e pelos usuários?
- f. Seremos capazes de nos organizar em equipe e discutirmos os objetivos comuns desta equipe?
- g. Seremos capazes de nos organizar em equipe e discutirmos, a partir dos objetivos comuns desta equipe, o que é específico de cada área de conhecimento e o que é comum a todos os membros desta equipe?
- h. Como nos comportamos diante de conflitos, diferenças, resistências e disputas no momento de planejar e implantar ações?
- i. Seremos capazes de pactuar ações e responsabilidades (específicas e comuns) frente aos problemas a resolver?
- j. Temos clareza da complexidade que envolve o processo de realização de visitas?
- k. Estaremos capacitados para discutir e definir a natureza, a periodicidade e a qualidade que se deve imprimir às visitas domiciliares?
- l. Estaremos dispostos a deixarmos de fazer consultas para nos implicar com um fazer baseado no cuidado, com responsabilização junto à equipe e aos usuários?
- m. Estamos disponíveis para trabalharmos, em igualdade de condições, com os agentes comunitários de saúde (ACS), e para aprendermos com os mesmos?
- n. Como se encontram organizados os fluxos estabelecidos entre a atenção básica e a atenção especializada?
- o. Como o sistema se organiza para resolver problemas relativos às urgências e emergências (atenção aos casos agudos)?
- p. Quanto às lideranças políticas e aos gestores, estarão conscientes da transformação que o PSF pode trazer aos serviços? (WERNECK, et. al., 2003)

Os autores afirmam que a busca pelas respostas a estas e outras questões é que poderão apontar os caminhos capazes de fortalecer o processo de inserção das ações de saúde bucal no PSF. Para eles, conhecer o PSF se constitui num primeiro passo para pensar como fazer este processo de inserção acontecer e permitir a mudança no modelo de atenção (WERNECK, et. al., 2003).

São respostas que, conforme enfrentadas, dirão respeito tanto à conformação de um novo processo de trabalho, quanto à manutenção do modelo anterior. No primeiro caso, uma possibilidade positiva. No segundo, um modelo biomédico, centrado no profissional, em consultas, individual e excludente que, infelizmente, ainda prevalece na maioria dos serviços de saúde no Brasil, mesmo que, sob a denominação de PSF e com o financiamento dele decorrente. Seguramente, com poucas chances de avanços (WERNECK, et.al., 2003).

4.2 Responsabilidades das equipes do PSF

Para o Ministério da Saúde, (2000),

“as atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família são:

- a. Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- b. Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- c. Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- d. Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- e. Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- f. Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- g. Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde”.

4.3 Os números atuais

De acordo com os resultados alcançados pelo Ministério da Saúde em 2007, observa-se um crescimento do número de equipes de Saúde da Família, numa **cobertura** que já supera 46,6% da população brasileira, conferindo cobertura a aproximadamente 87,7 milhões de habitantes. Estes números são reforçados pelo fato de que, quanto à sua natureza política, a Estratégia de Saúde da Família vem sendo desenvolvida nas três esferas de governo, podendo-se afirmar ser uma proposta vitoriosa, com tendência à

perenidade, conformando e dando continuidade ao modelo de atenção preconizado pelo SUS. (BRASIL,2007)

4.4 A inclusão das Equipes de Saúde Bucal

Segundo Zanetti et.al. (1996), durante muito tempo, as práticas odontológicas foram centradas no atendimento da demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem tecnicista. A realização dessas práticas não se dava a partir de um planejamento das ações e estavam voltadas para a lógica de mercado. As ações de saúde bucal incorporadas à estratégia do PSF vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações.

Diante desta perspectiva, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção à prevenção e à reabilitação da saúde, bem como, através do envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a co-responsável pela saúde de seus familiares e da coletividade. A atenção preventiva e promocional apresenta um grande avanço na forma de atendimento, que passa a ser realizada de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida. Essas ações podem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo ser executadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios e em espaços coletivos. Espera-se, através destas, despertar uma consciência preventiva nas famílias à medida que as noções de auto cuidado são transmitidas às pessoas, estimulando a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde, em comportamentos benéficos à sua própria saúde (COSTA e ALBUQUERQUE, 1997).

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) às Equipes de Saúde da Família (ESF), já existentes, ocorreu em 28 de dezembro de 2000, por meio da Portaria MS-GM, nº1444. Teve, como objetivos principais, a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas. Esta portaria definiu a relação de um ESB para cada duas ESF, criou as modalidades I e II (um Cirurgião Dentista, um Auxiliar em Saúde Bucal e um Técnico de Saúde Bucal) de

ESB, e estipulou os incentivos de implantação e de custeio anual a serem repassados 12 parcelas mensais (BRASIL, 2000a).

No início de 2001, a Portaria 1444 foi regulamentada e detalhada pela Portaria MS-GM nº 267 de 06 de março de 2001. (BRASIL, 2001) (Apêndice)

De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde,

“a inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família 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. O cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

De dezembro de 2002 até junho de 2009, foram implantadas 13.959 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família, chegando a um total de 18.220 ESB (um aumento de mais de 327% no número de equipes) atuando em 4.638 municípios. Houve um acréscimo na cobertura populacional de mais de 61 milhões de pessoas, totalizando 87.646.641 milhões de pessoas cobertas por estas equipes. A meta para 2010 é chegar ao total de 22.250 mil ESB em funcionamento. A Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente, aumentou o valor dos incentivos repassados para as Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família. As equipes de saúde bucal modalidade I recebem R\$ 24 mil ao ano (reajuste de 84,6%) e as de modalidade II, R\$ 31,2 mil também ao ano (aumento de 95%). As equipes também recebem no mês subsequente da implantação em parcela única o valor de R\$ 7 mil como recursos para investimento nas Unidades Básicas e realização do Curso Introdutório. Para apoiar as atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal que contam com um Técnico em Saúde Bucal, as equipes da modalidade II recebem cadeira e acessórios odontológicos para uso do técnico em saúde bucal. Ao todo, neste período, o Ministério da Saúde forneceu 1.311 consultórios odontológicos completos aos municípios.

Posteriormente, a Portaria 673 de 03/06/03, redefiniu a proporcionalidade entre equipes de saúde bucal (ESB) e equipes de saúde da família (ESF), passando-a para um para um (1:1). E estipulou que, para cada ESF poderia haver uma de SB, podendo ser instaladas quantas ESB forem necessárias, desde que não ultrapassem o número de ESF existentes em cada Unidade de Saúde”.

Após a edição da Portaria nº 2.372/GM de 07 de outubro de 2009, estes equipamentos vem sendo repassados a todas Equipes de Saúde Bucal habilitadas, independente da modalidade (BRASIL, 2009).

4.5 O Brasil Sorridente

Em 2009 o Portal da Saúde do Ministério da Saúde afirmava que

“no ano de 2004, o governo federal criou a política Brasil Sorridente, reunindo uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadãos de todas as idades, propondo garantir as

ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população.

As diretrizes da Política Brasil Sorridente apontam para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundários e terciários de modo a buscar a integralidade da atenção, além da equidade e a universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal.

A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) (BRASIL, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como o Programa Saúde da Família veio para reorganizar a atenção à saúde e reestruturar os serviços, assumindo o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, a inserção da saúde bucal no Programa tem como objetivo contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção à prevenção e à reabilitação da saúde, despertando uma consciência preventiva e elevando os níveis de saúde bucal da população.

De uma forma geral, é possível afirmar que esta inserção aconteceu de forma pouco clara para os profissionais da saúde bucal. Pois, não tomou como referência, experiências já em curso, nem se deu por meio de um debate mais amplo, com estes profissionais e os demais componentes da equipes de saúde da família. Concordamos com Werneck et.al. (2003) quando afirma que

“não houve um processo mais profundo de reflexão que permitisse a compreensão, tanto do alcance das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica, quanto das dificuldades inerentes à mudança do processo de trabalho requerida por este movimento de formação de uma equipe multiprofissional”.

Os profissionais de saúde bucal têm muitas restrições de ordem conceitual em relação aos princípios do SUS, a compreensão do processo saúde/doença, as bases dos modelos da promoção da saúde e da defesa da vida, a ação multiprofissional e uma percepção equivocada da epidemiologia no planejamento e na avaliação das ações, não produzindo sistematicamente, indicadores que possam alimentar bancos de dados e ser úteis à criação de sistemas confiáveis de informação.

O PSF é, pois, um grande desafio para as equipes de saúde bucal. Um setor ainda pouco conhecido. Werneck et.al. (2003) afirmam que

“não há clareza acerca [...] do processo de trabalho em equipe, persistindo dúvidas quanto à prática das visitas frente à prática clínica. Enfim, dúvidas quanto às funções de cada um no processo novo de trabalho, da parte de uma profissão com uma grande tradição de alienação política que, mesmo no interior dos serviços públicos, acostumou-se ao enclausuramento técnico do consultório e ao trabalho predominantemente individual. A sociedade, sua história, sua diversidade econômica e cultural, suas composições, suas necessidades e seus problemas quase nunca foram entendidos como parte integrante do objeto da prática da odontologia. Com isto, corre-se o risco de que, ancoradas no conhecimento técnico-científico da odontologia, que confere segurança e habilidade aos profissionais, sejam perpetuados antigos vícios e velhas práticas, agora com o rótulo pomposo de ‘Saúde Bucal no PSF’”.

O PSF não pode ser entendido como um modelo a ser reproduzido de forma acrítica. Deverá constituir-se, em cada território, assim como o próprio SUS, a partir da observância de seus princípios fundantes. Desta forma, em cada território, será possível o planejamento de ações peculiares a ele e capazes de responder, com os recursos existentes, às demandas diante das quais se encontrar. São questões fundamentais à organização dos serviços, ao resgate da dívida social da odontologia e à construção da cidadania.

De acordo com os resultados obtidos com este estudo, pode concluir que apesar das deficiências e contradições que implicam o enfrentamento de situações complexas tais como a falta de perfil e preparo de profissionais para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a vivência do paradigma de promoção de saúde, pode perceber que a inserção da Saúde Bucal no PSF teve grande importância para a população brasileira, pois, pôde ampliar o acesso da população a esses serviços a partir do conhecimento das necessidades reais de cada comunidade e com isso melhorar o atendimento odontológico.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil Sorridente. **Portal da Saúde**. Brasília: 2009. [www.saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125)
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125. Acesso em 21/10/2009.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / DAB. Atenção Básica -PSF- Saúde da Família- Atenção Primária- Brasília, 2007. <http://nutricao.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>
Acesso em 08/09/2010.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / DAB. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: 2004.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / DAB. **PSF - Saúde da Família – Atenção Primária**. Brasília: 2004. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em 21/10/2009.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / DAB. **PSF – Saúde da Família – Atenção Primária**. Brasília: 2004a <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>. Acesso em 21/10/2009.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / DAB / SPS. Programa Saúde da Família. **Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**. São Paulo: 2008

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / DAB / SPS. Programa de Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais. **Rev. Saúde Pública** vol. 34 n.3 São Paulo: Jun 2000

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2000a.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 267/GM, de 6 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2001.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.372/GM de 07 de outubro de 2009. Brasília: 2009

CALADO, G.S.. **A inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ; 2002.

COSTA, I.C.C., ALBUQUERQUE, A.J. Educação em saúde. In: OLIVEIRA, A.G.R.C., ALBUQUERQUE, A.J., REGO, D.M., SILVA, E.M., SOUZA, E.C.F., COSTA, I.C.C., et al. **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: EDUFRN; 1997. p. 223-50.

MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. ; A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):nov-dez, 2004. p.1538-1544.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, vol.23 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2007

WERNECK, M.A.F., ROCHA, R.C. **Proposta de reorientação do cuidado em Saúde Bucal na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte**. Mimeo. Documento de circulação interna. Belo Horizonte: 2003. 19p.

ZANETTI, C.H.G., LIMA, M.A.U., RAMOS, L., COSTA, M.A.B.T.. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina: 1996; 13:18-35.

PUCCA JR., G. A tragédia da Saúde Bucal no Brasil. www.espacoacademico.com.br/001/01pucca.htm. Acesso em 25/10/2010.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 396/GM, de 4 de abril de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2003.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 673/GM, de 3 de junho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2003.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família. Saúde Bucal. **Portal da Saúde**. Brasília: 2004.
[www.saude.gov.br http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_da_familia.php](http://www.saude.gov.br/dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_da_familia.php). Acesso em 21/10/2009.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / CNSB – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2004. http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php . Acesso em 21/10/2009.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / DAB. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Brasil Sorridente**. Brasília: 2004.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / DAB. **Guia Prático do PSF**. Brasília: 2001.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / DAB. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Edição Especial. Brasília: 2002.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos**. Rio de Janeiro – 2001.

NARVAL, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. HUCITEC. São Paulo. SP; 1994.

PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. **Saúde e democracia. A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 11-24.

ZANETTI, C.H.G. Programa Saúde da Família : construindo um novo modelo em Saúde Pública. **ODONTORIO**, 6. Rio de Janeiro - ABO-RJ: 2002.

ZANETTI, C.H.G. Curso: **Caracterização dos Sistemas Locais segundo padrões de inclusão da Saúde Bucal nos Programas de Saúde da Família**. Brasília: 2002.

ALVES, S. et. al. Os avanços do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, 2009.<http://www.webartigos.com>. Acesso em 25/11/2010.

APÊNDICE

PORTARIA MS/GM nº267 de 06 de Março de 2001

ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PSF:

- Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família;
- Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal;
- Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal;
- Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;
- Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas;
- Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS AO CIRURGIÃO DENTISTA (CD):

- Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade;
- Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS);
- Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo TSB e o ASB;
- Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;

- Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS AO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL (TSB):

- Realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais;
- Coordenar ações coletivas voltadas à promoção e prevenção em saúde bucal;
- Programar usuários, para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento;
- Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista;
- Auxiliar o cirurgião dentista no atendimento aos pacientes (trabalho a quatro mãos);
- Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluoretados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados;
- Cuidar da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar e apoiar, sempre que necessário, o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;
- Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos de sua competência realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS AO AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL (ASB):

- Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

- Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do TSB;
- Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho);
- Instrumentalizar o Cirurgião Dentista ou TSB durante a realização de procedimentos clínicos;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento;
- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;
- Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados;
- Registrar no SIAB os procedimentos de sua competência realizados.