

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

**INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
RESULTADOS ALCANÇADOS EM RIO VERMELHO/MG**

WELLEN CARLA DA LUZ BENFICA

GOVERNADOR VALADARES

2012

WELLEN CARLA DA LUZ BENFICA

**INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
RESULTADOS ALCANÇADOS EM RIO VERMELHO/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

GOVERNADOR VALADARES

2012

WELLEN CARLA DA LUZ BENFICA

**INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
RESULTADOS ALCANÇADOS EM RIO VERMELHO/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – Orientador

Prof^a. Andréa Clemente Palmier – Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte, 01/12/2012

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos riovermelhenses por me inspirarem a realizá-lo.

À comunidade rural de Córrego do Meio, um lugar cheio de muito verde e cheiro de mato onde aprendi desde muito cedo os valores que carrego até hoje e que fizeram com que eu escolhesse a saúde pública.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter permitido essa caminhada;
Ao meu esposo Daniel pela presença constante,
pela compreensão e pelo amor de todos os dias;
Aos meus pais, tias maternas e irmãos (Welessandra,
Welenice e Wesley) por todo carinho que me dedicam;
À minha irmã, madrinha e amiga Welemara
por não ter palavras para agradecê-la;
Ao meu irmão Wederson (sempre presente) por ter
me ensinado o caminho dos sonhos. Saudades eternas;
Aos meus sobrinhos em especial a Maria Eduarda por
ter colorido todas as minhas tardes e feito das horas
de preocupação uma linda brincadeira;
Aos colegas de trabalho do município de Rio Vermelho
especialmente à Maria de Lourdes pela valiosa ajuda
na organização da ESB Centro;
Ao Secretário Municipal de Saúde Erasmo pela
confiança e apoio sempre tão necessários;
À Karlyone referência técnica de saúde bucal da
SRS/Diamantina pelo empenho na reconstrução
da Saúde Bucal de Rio Vermelho;
Ao meu orientador Bruno Sena pelo auxílio,
dedicação e presença constante na construção desse trabalho.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerente...”

(Paulo Freire)

RESUMO

A saúde bucal é concebida como parte indissociável da saúde geral do indivíduo e como tal precisa ser garantida pelo estado através de políticas públicas de acesso de todos os indivíduos a um serviço odontológico resolutivo e humanizado. O modelo assistencial em saúde no Brasil é o Sistema Único de Saúde que tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação social e a descentralização. A Saúde da Família é a principal estratégia de consolidação desse modelo. As equipes de saúde bucal foram inseridas nas Equipes de Saúde da Família com o objetivo de melhorar o quadro epidemiológico de saúde bucal da população, ampliar o acesso da população a esse serviço, reorientar e humanizar as ações da odontologia na atenção básica. Esse relato pretende mostrar os resultados alcançados na reconstrução do serviço de saúde bucal do município de Rio Vermelho, Minas Gerais, com a inserção dos profissionais da odontologia na Equipe de Saúde da Família. As informações foram obtidas através de revisão de literatura incluindo artigos pertinentes ao assunto em questão publicados nos últimos 10 anos. As bases de dados utilizadas foram Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e Biblioteca Virtual da Plataforma Ágora. Foram consultadas portarias e publicações ministeriais, publicações estaduais e documentos municipais além de dados do sistema de informação. Após análise dos documentos pôde-se constatar que nos últimos anos ocorreram avanços inquestionáveis na saúde bucal no país proporcionado pela sua inserção na saúde da família e pela adoção de uma política nacional de saúde bucal eficiente. Em Rio Vermelho os resultados mais valiosos ocorreram em relação à infraestrutura de funcionamento da odontologia. Desafios como falta de material de consumo, equipamentos obsoletos e falta de condições de trabalho foram totalmente superados. O processo de trabalho das equipes também passou por mudanças significativas como a priorização das ações coletivas, a inserção nos grupos operativos, a mudança na forma de acesso da população ao serviço através da programação da demanda, a priorização de grupos para o atendimento, a instituição da Educação Permanente em Saúde e interação ensino serviço através de estágios supervisionados. Parcerias com outros setores da sociedade foram valiosas. Por fim é possível perceber que a inserção da saúde bucal na saúde da família é uma estratégia louvável. Ainda existem problemas a serem solucionados, mas nesse momento o serviço de saúde bucal de Rio Vermelho se encontra em condições de continuar avançando no cumprimento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e da Política Nacional da Atenção Básica.

Palavras-chave: Saúde da Família, Saúde Bucal, Mudanças, Reconstrução, Política.

ABSTRACT

The oral health is conceived as a part integral of the general health of the individual and as such needs to be guaranteed by the state through public policies ensuring the access of all the individuals for a dental service resolute and humanized. The health care in Brazil is the Unified Health System, that has as principles the universality, the integrality, the equality, the social participation and also the decentralization. The Family Health Program is the main strategy of consolidation of this model. The oral health teams were inserted into Family Health Teams in order to improve the epidemiological oral health of the population, increasing the population's access to this service, refocus and humanize the actions of dentistry in primary care. This report intends to show the achievements in the reconstruction of oral health services in the municipality of Rio Vermelho, Minas Gerais, with the insertion of dental professionals in the Family Health Team. The information was obtained through a review of relevant literature including articles to the subject matter published in the last 10 years. The bases used were Scielo, Virtual Health Library (VHL), and Virtual Library Agora Platform. Were consulted in departmental publications, publications state and municipal documents as well as system information. After examining the documents it was noted that in the last years there have been undoubted progress in oral health in the country provided by the insertion in family health and the adoption of a national policy for oral health effectively. In Rio Vermelho the most valuable results occurred in relation to infrastructure functioning of dentistry. Challenges such as lack of supplies, outdated equipment and lack of working conditions were completely overcome. The process of team work has also passed by significant changes, as the prioritization of collective action, the inclusion in operating groups, the change in the population's access to the service through the demand schedule, prioritizing groups for attending, the institution of Permanent Education in Health and education service interaction through supervised internships. Partnerships with other sectors of society were valuable. Finally we should note that the inclusion of oral health on family health is a commendable strategy. There are still problems to be solved, but now the service oral health of Rio Vermelho is able to continue making progress in complying with the guidelines of the National Oral Health Policy and National Primary Care.

Keywords: Family Health, Dental Health, Changes, Reconstruction, Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CPOD	Dentes Cariados Perdidos e Obturados
EAB	Equipe de Atenção Básica
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LESB	Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNE	Paciente com Necessidades Especiais
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSB –	Política Nacional de Saúde Bucal
PRECAD –	Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária
PSF –	Programa de Saúde da Família
RAS –	Rede de Atenção a Saúde
SES –	Secretaria de Estado da Saúde
SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS –	Sistema de Informação em Saúde
SRS –	Superintendência Regional de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
TSB –	Técnico em Saúde Bucal
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UOM –	Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	16
5.1 Histórico dos Modelos Assistenciais em Saúde	16
5.2 O SUS da lei 8080 até a atual PNAB	18
5.3 A saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família	20
5.3.1 A priorização das ações preventivas	23
5.3.2 Os recursos humanos da Saúde Bucal	25
5.3.3 Os grupos de atendimento por ciclos de vida e condições sistêmicas	27
5.4 A educação continuada e a educação permanente em Saúde	30
5.5 A infraestrutura e satisfação profissional	32
5.6 A interação ensino/serviço através dos estágios supervisionados	33

5.7 O uso da epidemiologia no planejamento das ações de Saúde Bucal	35
5.8 Monitoramento e avaliação das ações de Saúde Bucal.....	37
6 CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA	39
6.1 Descrição do Contexto	39
6.2 Implementação da Proposta	41
6.3 Resultados e avaliações da Experiência	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

O modelo assistencial em saúde vigente no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios expressos na constituição universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social é regulamentado pela lei 8080 de 1990. Todas as estratégias adotadas desde então visam garantir a implementação desse modelo voltado para as ações de promoção e prevenção em saúde sem detrimento da atenção curativa. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define as ações da atenção básica como os cuidados localizados no primeiro nível da atenção, de caráter individual ou coletivo que visem à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde (BRASIL, 2011). A Saúde da Família é a estratégia prioritária para consolidação da atenção básica e se baseia na atuação de uma equipe multiprofissional em um território delimitado por condições socioeconômicas, epidemiológicas e geográficas, com os cuidados centrados nas famílias e com uma população definida.

A saúde bucal foi definida pela 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986, como indissociável da saúde geral do ser humano. Sendo assim é dever do Estado garanti-la mediante a adoção de políticas públicas e direito do cidadão ter acesso a serviços resolutivos e de qualidade. Atualmente a Equipe de Saúde Bucal (ESB) está inserida na Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém esse fato enfrenta desafios herdados de modelos anteriores.

No Brasil a odontologia passou por mudanças significativas ao longo da história. Em meados de 1950 o sistema estava organizado com base na odontologia escolar que atendia exclusivamente crianças de 6 a 14 anos. Não havia responsabilidade do governo com as outras faixas etárias, excludente, o chamado Sistema Incremental ofertava, aos maiores de 14 anos, apenas o atendimento de urgência pautada em procedimentos mutiladores, as exodontias. Na década de 80 o primeiro estudo epidemiológico nacional mostrou um número elevado de edêntulos totais aos 20 anos. Aos 55 anos 75% das pessoas não tinham dentes e o serviço odontológico não atuava em conjunto com outras áreas (UFMG, 2008). Com a reforma sanitária, a saúde bucal começa a ser discutida e é proposta a reorientação da atenção à saúde bucal. Em 1986, dentro da VIII Conferência Nacional de Saúde,

a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal propõe a 1ª política nacional para a saúde bucal: O Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária (PRECAD).

Outra política é lançada nos anos 1990 para tentar organizar o serviço através de ações de prevenção em odontologia. O financiamento era gerado de acordo com a produção de procedimentos preventivos, nessa ocasião os recursos da odontologia no serviço público foram fartos. A criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, fez com que as ações passassem a ser pagas pelo Piso da Atenção Básica (PAB) Variável. A odontologia foi inserida no PSF para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal, tornando-os mais humanizados e reorientando as suas ações, buscando melhorar o quadro epidemiológico. Como integrante da Equipe de Atenção Básica (EAB) a equipe odontológica assume o cuidado com a saúde bucal desde a gestação até o último ano de vida do indivíduo, de forma organizada e planejada.

A partir do ano 2000 o ambiente se torna propício a uma nova PNSB. O Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite aprovaram em 2004 as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Como uma das quatro áreas prioritárias do governo federal e com os investimentos financeiros concedidos, foi possível a construção de uma rede de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS).

A população de Rio Vermelho, principalmente as classes mais carentes apresentam um alto índice de cárie, doença periodontal e edentulismo. Os anos de descaso da gestão com a saúde bucal culminaram com o sucateamento dos consultórios e a desmotivação dos profissionais mal remunerados e sem voz dentro do sistema. Sem o fornecimento dos insumos necessários à realização das atividades, a prevenção em saúde bucal foi completamente abandonada para dar lugar aos procedimentos curativos poucos e insuficientes devido ao longo tempo que os equipamentos odontológicos passavam quebrados e com falta de material de consumo. Desvalorizados, nenhum profissional se interessou por organizar o projeto de inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ESF se formaram sem as ESB, dificultando a ação conjunta dos profissionais. Como agravante dessa situação a maior parte da população do município se encontra no

meio rural. Essa população é a maior prejudicada pelo total descaso das gestões anteriores com a saúde bucal.

2 JUSTIFICATIVA

Um município que não tem a saúde bucal como uma das prioridades de governo não se preocupa com o direito de cidadania de seus munícipes. Possuir uma boa condição oral é necessário para manutenção da saúde geral do indivíduo e tem fundamental importância na socialização das pessoas. Uma boa aparência e fala permitem melhores empregos, possibilitando melhor qualidade de vida. Considerando essa afirmativa, o gestor municipal de saúde decidiu apoiar a reorientação das práticas odontológicas em Rio Vermelho.

Esse trabalho de conclusão de curso apresentado ao CEABSF (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) é importante para relatar os avanços ocorridos na saúde bucal do município com a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Como idealizadora de todo o processo, a oportunidade de verificar a efetividade das mudanças propostas e de mostrar a população como elas se deram é muito valiosa. Creio que o trabalho contribuirá para diminuir a insatisfação dos colegas com o sistema ao mostrar o quanto a saúde bucal do município foi valorizada nos últimos 2 anos. Em especial gostaria de fomentar em outros colegas de profissão o desejo de fazer acontecer na APS uma saúde bucal que responda dignamente aos princípios do Sistema Único de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência vivenciada na implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em um município do interior de Minas Gerais e os resultados positivos advindos desse processo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar revisão bibliográfica explicando as ações realizadas à luz da literatura;
- Realizar análise dos bancos de dados do sistema de informação do SUS e de registro do município;
- Traçar um paralelo entre a situação encontrada no município há dois anos e a atualidade;
- Relatar os desafios superados e os que ainda permanecem como situações-problemas.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da implantação da saúde bucal na ESF em Rio Vermelho/Minas Gerais, da organização do projeto, das ações planejadas e dos avanços alcançados na qualificação da atenção em saúde bucal do município.

Para discutir as mudanças implementadas à luz da literatura foram consultados artigos, publicações ministeriais, publicações da SES-MG, módulos do CEABSF e para relato foram utilizados dados do SIAB, documentos e relatórios de gestão de Rio Vermelho. As bases de dados utilizadas foram *Scielo*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Virtual da Plataforma Ágora. A busca on-line foi feita utilizando expressões como Saúde Bucal, prevenção em saúde bucal, saúde bucal na ESF, entre outras. Depois o título era classificado em relevante ou irrelevante, sendo do primeiro grupo lia-se o resumo para verificar a compatibilidade com o assunto discutido e a partir desse momento procedia-se a leitura do texto na íntegra. Todos os artigos selecionados foram publicados nos últimos 10 anos. As publicações ministeriais foram as de uso corriqueiro no município e que embasaram o planejamento das ações da secretaria municipal de saúde nos últimos 3 anos. Também foram utilizados os módulos do CEABSF pela sua relevância e pelo processo de aprendizado gerado. Documentos do município como os relatórios anuais de gestão, relatório do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, projeto de inserção da saúde bucal na ESF e atas das reuniões do Conselho Municipal de saúde, foram consultados para verificar e comprovar os resultados alcançados.

5 REVISÃO DE LITERATURA

No sentido de entender o sistema de saúde ainda em construção no Brasil é necessário reportar-se ao passado e visualizar mesmo de forma resumida como surgiram os modelos assistenciais em saúde.

5.1 Histórico dos Modelos Assistenciais em Saúde

Os primeiros hospitais se originaram na alta idade média ligados às igrejas, fundamentados na caridade e não na cura de doenças, se dirigiam para esses locais mendigos e pessoas necessitadas. Em meados dos séculos XIII e XIX essas instituições passaram progressivamente da gestão da igreja para a administração do estado, se tornando um lugar de doentes que buscavam a cura de seus males. Com a incorporação de novos recursos tecnológicos já na transição para o século XX, não eram apenas os pobres que procuravam aos hospitais, mas também os ricos em busca de melhora clínica das doenças, fazendo desses locais os mais importantes centros de ensino, pesquisa, aprendizagem e dispensação de cuidados em saúde. Nesse contexto a associação medicina hospital prevaleceu dando origem a termos bastante comuns como hospitalocêntrico e medicocêntrico. Esse modelo entrou em crise ao se constatar que os altos investimentos financeiros realizados em tecnologias e ampliação de hospitais não refletiam em melhoria dos indicadores de saúde da população. Em 1978 na conferência mundial de saúde de Alma-Ata a OMS (Organização Mundial de Saúde) lançou o programa “saúde para todos no ano 2000” com uma visão voltada para a promoção de saúde e prevenção das doenças, para a participação da comunidade, a intersetorialidade e atuação das equipes multiprofissionais (FARIA *et al.*, 2010).

No Brasil embora de forma geral tenham se repetido as tendências mundiais existiram algumas especificidades que requerem uma análise mais profunda. Ainda na época do império e final do século XIX o Estado se ocupava apenas do saneamento dos portos, cidades e do controle de epidemias, não houve nenhum movimento para construção de hospitais próprios, ficando essa tarefa a

cargo das instituições sem fins lucrativos, as filantropias. No início do século XX os ricos pagavam pelo acesso à medicina privada e quando os pobres adoeciam restavam as benzedeiras e a caridade nos hospitais filantrópicos mantidos pela igreja. O Estado se ocupava das campanhas sanitárias para enfrentar as epidemias e endemias que castigavam a população. Com a nomeação do médico sanitarista Osvaldo Cruz para a diretoria geral de saúde foi criado o instituto soroterápico de Manguinhos para a produção de vacinas. Esse período é referenciado na história como “sanitarismo campanhista”, pois as ações eram desenvolvidas de forma autoritária, provocando levantes populacionais como a revolta da vacina ocorrida devido à obrigatoriedade da vacinação contra a varíola. Com a regulamentação das caixas de aposentadorias e pensões custeadas pelos trabalhadores, empresas e união, os primeiros passaram a ter direito a assistência médica, mas essas caixas logo se mostraram insuficientes e foram substituídas pelo IAP (Instituto de Aposentadorias e Pensões) que construiu uma ampla rede de hospitais (FARIA *et al.*, 2010; BRASIL, 2006).

Por influência norte-americana e dos médicos especialistas, o Brasil passou a adotar um serviço de saúde baseado em grandes hospitais, com médicos altamente especializados e equipamentos modernos, fato tratado como tendência do futuro na época. Para fortalecer a saúde pública voltada para a medicina preventiva o presidente Getúlio Vargas criou o ministério da saúde, passando a coexistir duas correntes, uma defendendo a medicina vertical baseada no tipo de doença (hospício para loucos, leprosários para leprosos e sanatórios para tuberculosos) e outra que criticava o modelo anterior e a segregação gerada. Essa última defendia uma maior aproximação da medicina com a comunidade propondo um sistema de saúde público para todos em redes locais municipalizadas, um ensaio de ideias que se concretizariam mais a frente no SUS. As políticas adotadas em meados de 1966 favoreciam a compra de serviços do setor privado filantrópico e lucrativo gerando insatisfação da população. Além disso, o governo financiou a construção de hospitais privados para atender aos trabalhadores, sem a preocupação com a saúde pública. A previdência entrou em crise com um grande número de aposentadorias e com poucos contribuintes, e também pela destinação equivocada dos recursos (BRASIL, 2006).

Mesmo com toda a repressão e censura da ditadura, movimentos populares discutiram os rumos da saúde pública e elegeram os conselhos populares para serem a voz do povo nas políticas de saúde. Como resultado de muita luta, a 8ª conferência nacional de saúde foi aberta à população organizada. Em Brasília, movimentos sociais, trabalhadores de saúde e gestores defendiam um sistema único de saúde público e de qualidade, com equidade e para todos, controlado pela sociedade através dos conselhos de saúde (BRASIL, 2006). Como resultado desse processo foi aprovado no artigo 196 da constituição federal de 1988 o seguinte texto:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 33).

O texto apresenta as diretrizes do SUS sendo elas a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, regulamentadas pela lei 8080 de 1990 (BRASIL, 1988).

5.2 O SUS da lei 8080 até a atual PNAB

A lei 8080 sancionada em 19 de setembro de 1990 regulamenta todas as ações de saúde a serem realizadas no país. Expressa na lei como direito fundamental do ser humano a ser garantido pelo Estado através de políticas públicas “a saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, p. 01).

Em todo território nacional as ações e serviços de saúde realizados pelo setor público ou por prestadores de serviço devem se guiar pelas diretrizes expressas na constituição e pelos princípios relatados na lei orgânica destacando-se aqui a universalidade, a integralidade, a igualdade da assistência à saúde, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa. Com sua existência expressa em lei o desafio é garantir o cumprimento da legislação com a efetivação das ações de saúde (BRASIL, 1990).

O SUS se encontra organizado em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) onde o primeiro contato do usuário com essa rede se dá através da Atenção Básica à Saúde (ABS), que é o primeiro nível da atenção. As ações da ABS de acordo com a PNAB (2012), devem se organizar na forma de trabalho em equipe dirigido a uma população e território definidos. Como porta de entrada do SUS é necessário que os profissionais da Atenção Básica entendam as demandas de seus pacientes como representação do meio ao qual estão inseridos. Essa ação é facilitada pela delimitação do território entendido como local onde se constroem a vida dos usuários, seus valores, crenças, condições sociais e concepções sobre saúde (FARIA *et al.*, 2010; BRASIL, 2011).

A ABS que se responsabiliza pelo usuário se encarregando de garantir o seu encaminhamento para os outros níveis da atenção e assegurar o seu acompanhamento por ocasião do seu retorno. Visando o funcionamento eficiente da RAS o primeiro nível da atenção deve cumprir as funções de ser a modalidade de atenção e serviço de saúde com o mais alto grau de capilaridade, ser resolutiva e coordenar o cuidado. A PNAB tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011).

A Saúde da família é identificada atualmente como estratégia fundamental para a reorientação do modelo assistencial brasileiro e consolidação dos princípios do SUS. Essa iniciativa que vem se fortalecendo no país teve sua origem a partir da experiência ocorrida no Ceará nos anos 80 com o programa de agente de saúde que tinha como objetivo aproximar e ligar a comunidade aos serviços de saúde. Em 1991, foi criado em nível nacional o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com objetivos parecidos com os relatados anteriormente. Inicialmente com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF), a ESF foi criada em 1994 com o objetivo de retirar o foco das ações de saúde da doença e considerar os problemas dos indivíduos e suas famílias no contexto social no qual estão inseridos (FARIA *et al.*, 2010).

Com caráter substitutivo ao antigo modelo e princípios bem definidos pela PNAB, as equipes de saúde da família assumem uma postura ativa na condição de vida dos indivíduos, famílias e comunidade, percebendo a saúde ou doença como resultado das inter-relações estabelecidas no território. Assim a ESF pretende:

Reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção de saúde; prestar nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento do vínculo entre equipe e usuários (FARIA *et al.*, 2010, p. 40).

A equipe de saúde da família foi inicialmente constituída com médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Uma composição que não atendia ao princípio da integralidade uma vez que excluía a saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do ser humano. Em 2000 a odontologia foi inserida na ESF (BRASIL, 2000).

5.3 A saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

Após um período de modelos excludentes, sem resolutividade ou impacto positivo sobre os indicadores, a saúde bucal encontrou um novo caminho: a inserção das equipes de saúde bucal na ESF, com objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal, melhorar o quadro epidemiológico de saúde bucal, reorientar as ações e serviços da odontologia na ABS e humanizar as ações da Saúde Bucal (BRASIL, 2000). Ao inserir a saúde bucal na ESF buscou-se a reestruturação dos serviços de acordo com os princípios do SUS através de uma nova postura de enfrentamento das doenças bucais, rompendo definitivamente com os antigos modelos e a forma de trabalho imposta por eles (BRASIL, 2008). De forma questionada na literatura o processo se deu com um atraso de 6 anos em relação ao PSF dificultando a visualização dos profissionais da ESB como integrantes da Equipe de Atenção Básica (EAB). Além desse motivo, é necessário lembrar que a portaria 144 de 2000 em sua redação original já apontava para o abismo que se formaria entre os profissionais, pela desigualdade de condições de implantação. Assim para cada 2 ESF permitia-se a implantação de 1 ESB que dessa forma seria responsável por 6900 habitantes. Existem 3 modalidades de ESB na Atenção Primária à Saúde (APS): - Modalidade I composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). - Modalidade II CD, ASB e Técnico em Saúde

Bucal (TSB). - Modalidade III profissionais da modalidade I ou II que atuam na Unidade Odontológica Móvel (UOM) (BRASIL, 2000; GIOVAN, 2011; BRASIL, 2011).

Publicada em janeiro de 2004 as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” são um roteiro para reorientação das práticas de saúde bucal tendo como eixo a produção do cuidado, através da humanização das ações. Tal processo de mudança implica no compromisso do serviço, profissional e usuário como corresponsáveis na construção de respostas satisfatórias aos anseios de todos e de cada um. São pressupostos dessas diretrizes a qualificação da Atenção Básica (AB), a formação de uma rede de atenção, a garantia da integralidade das ações, o uso da epidemiologia para planejamento do serviço, o monitoramento do trabalho desenvolvido, atuação centrada na vigilância em saúde, a saúde da família como estratégia de reorganização da atenção, a definição de uma política de educação permanente para os profissionais de saúde, o estabelecimento de financiamento e a definição de uma política de pesquisas para investigar os principais problemas de saúde bucal. Os princípios norteadores das ações são gestão participativa, a ética, o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade profissional. Para que o processo de trabalho em saúde bucal cumpra com os pressupostos do modelo de atenção que se pretende seguir é necessário atuar de forma multiprofissional, integral, intersetorial, ampliada, qualificada, com condições de trabalho garantidas e orientada por parâmetros claros, pactuados democraticamente pelas 3 esferas de governo. As ações de saúde bucal foram divididas em grupos sendo ações de promoção e proteção de saúde, ações de recuperação e as ações de reabilitação. No primeiro grupo considera-se a saúde em seu sentido ampliado, construída através de políticas públicas saudáveis que conduzam a autonomia dos usuários, incluídas nesse grupo as ações de fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada, a universalização do acesso aos kits de escovação e a aplicação tópica de flúor (BRASIL, 2004).

Ainda em 2004 o governo assume a saúde bucal como uma das áreas prioritárias da saúde e lança uma nova PNSB com o nome fantasia de “Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério” tendo a odontologia na AB sua estrutura de sustentação na reorientação do modelo. Através dessa nova política 5 frentes de ações foram estabelecidas em consonância com as proposições das diretrizes da

PNSB: a ampliação da saúde bucal AB através do aumento dos incentivos financeiros, a educação em saúde bucal para estimular à mudança de hábito, fluoretação das águas, criação de centros de especialidades odontológicas e dos laboratórios regionais de prótese dentária para garantir a atenção secundária. O Ministério da Saúde tem buscado melhorar as condições de saúde bucal da população através da superação das desigualdades sociodemográficas com ampliação do acesso e qualificação da assistência em todos os níveis da atenção (BRASIL, 2008; LOURENÇO *et al.*, 2009 *apud* BOARETO, 2011; PINHEIRO; TORRES, 2006 *apud* COSTA, 2011).

Com o apoio e o incentivo financeiro federal iniciou-se efetivamente a construção da rede de saúde bucal dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) com um crescimento considerável no número de ESB credenciadas, com o pareamento no número de ESB para ESF, além da garantia da atenção secundária e da reabilitação através do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e do LRPD (Laboratório Regional de Prótese Dentária). Trabalhar em um serviço que melhora gradativamente traz consigo o aumento da demanda e torna a organização do acesso um problema que se coloca para as equipes (UFMG, 2008).

O “Brasil Sorridente” é uma política de saúde bucal para o SUS que vem se consolidando de forma exitosa como mostra o balanço apresentado em 2010 pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal. De acordo com esse documento o número de ESB passou de 4621 em 2002 para 20300 em 2010, em funcionamento existiam 853 CEO e mais 100 estavam em fase de implantação, 642 LRPD se encontravam credenciados, a média de exodontias realizadas pelo SUS era de 11% em 2003 e passou para 5,2% em 2009 e o programa de fluoretação das águas foi estendido a 5 milhões de brasileiros de 2003 a 2010. O desafio atual é continuar avançando com esse programa que além de promover a humanização dos serviços de saúde bucal atua com equidade ao prever incentivos financeiros maiores para municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo de 0,7 (UFMG, 2008; BRASIL, 2010).

Entende-se a inserção dos profissionais de saúde bucal em uma equipe multiprofissional de saúde da família como um novo caminho com as dificuldades inerentes de se romper a “zona de conforto” gerada pelos modelos anteriores e

inserir no contexto de trabalho pressuposto importante como a Educação Permanente em Saúde, a atenção por ciclo de vida ou condições sistêmicas e a priorização das ações preventivas através da educação em saúde bucal (BRASIL, 2004; MINAS GERAIS, 2007).

5.3.1 A priorização das Ações Preventivas

A constituição federal de 1988 em seu inciso II do artigo 198 relata que as ações preventivas deverão ser priorizadas sem detrimento das ações assistenciais. Para a saúde bucal essa alteração do modelo acontece através da incorporação de tecnologias de prevenção das principais doenças bucais na tentativa de reverter o quadro de edentulismo apontado pelos levantamentos epidemiológicos nacionais (RESENDE, 2011). Proceder a um relato sobre esse tema não é fácil, uma vez que a educação em saúde:

Tem sido pouco descrita nos estudos de forma isolada, sendo as práticas mais avaliadas o flúor em dentifrícios e bochechos, assim como selantes oclusais. Há ainda um direcionamento dos estudos preventivos para grupos específicos, principalmente escolares (ALMEIDA; FERREIRA, 2008, p. 2131)

A educação em saúde tem como objetivos capacitar os usuários para o cuidado consigo mesmo e para fazer escolhas corretas que preservem a sua saúde. Para o alcance desses objetivos é necessário utilizar práticas pedagógicas adequadas respeitando os saberes culturais de cada população. Muitas vezes as orientações a serem assimiladas pelo usuário deverão induzir à mudança de hábitos culturalmente estabelecidos, sendo esse um grande desafio para os profissionais, pois mudar hábitos é algo muito complexo que envolve a transposição de muros. Muitas vezes as escolhas saudáveis não são as mais fáceis (MINAS GERAIS, 2007).

As ações de educação em saúde bucal devem ser generalizadas para toda a comunidade abordando:

As principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentifrício fluoretado e o uso do fio dental; os

cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; as orientações gerais sobre dieta; a orientação para o autoexame de boca; os cuidados imediatos pós-traumatismo dentário; a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e, a prevenção do uso de álcool e drogas (BRASIL, 2008, p. 25).

Os grupos operativos da Unidade Básica de Saúde (gestante, idosos, puericultura, diabetes e hipertensão) são espaços essenciais para os trabalhos de educação em saúde bucal (MINAS GERAIS, 2007).

Além da Educação em saúde bucal as ESB precisam desenvolver ações preventivas coletivas onde devem ser priorizadas as crianças em fase escolar pela possibilidade de maior alcance em um único local. A escovação dental supervisionada é um importante instrumento na prevenção da cárie e das doenças gengivais, além de estimular esse hábito em usuários em fase de aprendizagem. Juntamente com a escovação pode ser realizada a ação coletiva de aplicação tópica de flúor onde existe uma ou mais das seguintes condições: água de abastecimento sem flúor ou com flúor há menos de 5 anos; CPOD médio aos 12 anos maior que 3 e menos de 30% das crianças de 5 anos livre de cáries. É necessário garantir o acesso universal ao creme dental fluorado e à escova de dentes como forma de garantir a continuidade da escovação nas famílias. Figueira (2008) em seu estudo com escolares em Santos Dumont/MG relatou que uma maior ênfase era dada a escovação com poucas orientações sobre outros fatores como a dieta, produzindo um conhecimento incompleto por parte dos participantes das ações educativas e a partir disso sugeriu a necessidade de reformulação dessas práticas nesse município. As ações preventivas devem ser realizadas preferencialmente pelos profissionais auxiliares com o apoio do CD na fase de planejamento (MINAS GERAIS, 2007).

No intuito de priorizar essas ações sem detrimento das ações assistenciais torna-se fundamental a inclusão do TSB na equipe (MINAS GERAIS, 2007). Aguiar (2010), em seu trabalho, avaliou a atuação do TSB em 4 municípios brasileiros beneficiários da portaria ministerial que prevê a doação de um equipo odontológico para as equipes com o técnico em sua composição. A autora aponta para o fato de esse recurso humano ser subutilizado, não somando para aumento da cobertura e qualidade das ações. Contribuindo para esse fato é citada a atuação do CD despreparado para a supervisão do trabalho do técnico ou mesmo desinteressado pelo serviço compartilhado. Há que se citar também a falta de

clareza sobre o projeto da ESB e a dificuldade de realizá-lo. Conclui-se que o trabalho do TSB na ESF depende da interação desse com o CD e das habilidades de ambos.

5.3.2 Os recursos humanos da Saúde Bucal

As funções dos profissionais das EAB são descritas na portaria 2.488 de outubro de 2011, sendo atribuições comuns a todos os profissionais:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. Manter atualizado o cadastramento das famílias no sistema de informação e utilizar esses dados para planejamento local. Realizar ações de atenção em saúde pautadas nas necessidades da população. Garantir atenção à saúde de forma integral promovendo ações desde a promoção à saúde até as de acompanhamento e reabilitação, conciliando o atendimento a demanda espontânea, as ações programáticas e as de vigilância em saúde. Participar do acolhimento aos usuários. Buscar ativamente e notificar os casos de doenças e agravos sujeitos a notificação compulsória. Responsabilizar-se pelos usuários desde seu acolhimento até o seu retorno de outros níveis de atenção quando for o caso. Praticar cuidado familiar e dirigido à coletividade. Utilizar reuniões de equipe como estratégia para acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações produzidas e para adequação do planejamento, bem como garantir o registro dessas informações no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Trabalhar em conjunto com os outros membros da equipe; realizar ações de educação em saúde para a comunidade; participar das atividades de educação permanente; incentivar a comunidade a exercer o controle social e identificar parceiros ou recursos da comunidade para potencializar as ações da equipe.

As competências específicas dos profissionais de saúde bucal inseridos nas ESB são descritas da seguinte forma na portaria 2.488 (2011):

- Ao Cirurgião-Dentista estão atribuídas as funções de traçar o perfil epidemiológico da população para subsidiar a programação das ações de

Saúde Bucal. Realizar a atenção à saúde bucal de todas as famílias e indivíduos de forma planejada e resolutiva. Realizar os procedimentos clínicos da saúde bucal na Atenção básica. Realizar o atendimento a demanda espontânea, coordenar e participar das ações coletivas de promoção e prevenção de doenças bucais. Desenvolver as atividades inerentes à saúde bucal enquanto membros da equipe multidisciplinar. Supervisionar o trabalho do TSB e ASB, e participar do gerenciamento dos insumos necessários à realização das atividades.

- Ao TSB compete realizar atenção individual e coletiva à população de acordo com suas competências legais. Coordenar a manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos. Atuar de forma interdisciplinar buscando integrar e aproximar a saúde bucal dos outros membros da ESF. Apoiar e acompanhar as ações de promoção e prevenção em saúde bucal realizada pelo ASB e Agentes Comunitários de Saúde. Participar do gerenciamento dos insumos necessários ao funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS). Participar do treinamento do ASB e ACS, realizar ações educativas de promoção de saúde e prevenção das doenças bucais, participar como auxiliar nos levantamentos epidemiológicos. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, acolher usuários na UBS, fazer remoção de biofilme e placa bacteriana com técnicas indicadas pelo CD, realizar tomadas radiográficas e fotografias odontológicas, inserir material restaurador em preparos cavitários feitos pelo CD, proceder à limpeza e antissepsia do campo operatório e aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.
- As atribuições do ASB são realizar ações de promoção de saúde e prevenção das doenças bucais no território; realizar atividades programadas e de atenção a demanda espontânea; auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas; realizar acolhimento do usuário nos serviços de saúde bucal; desenvolver ações de saúde bucal buscando aproximar ESB e ESF; aplicar as medidas de biossegurança inerentes a odontologia; processar filmes radiográficos, selecionar moldeiras, preparar modelos de gesso, manipular materiais de uso odontológico e participar dos levantamentos epidemiológicos.

5.3.3 Os grupos de atendimento por ciclos de vida e condições sistêmicas

Um dos princípios da APS é a longitudinalidade, sendo assim, os profissionais da saúde bucal, como membros dessas equipes, devem estar capacitados para prestar assistência aos usuários de seu território desde a gestação até os últimos anos de vida. Nesse sentido se faz necessário conhecer as principais características de cada ciclo de vida para que a atenção ocorra de forma eficiente e para facilitar a identificação de condições que vão exigir a atuação multiprofissional. Para crianças de 0 a 1 ano os cuidados em saúde já se iniciaram na gestação através dos grupos operativos ou das consultas para a gestante. O trabalho educativo é voltado para o cuidador e deve englobar a sensibilização para a importância dos dentes decíduos e dos cuidados com a saúde bucal da grávida; a importância do aleitamento materno no desenvolvimento da face e na nutrição da criança; a higiene bucal do bebê; a erupção dos dentes que pode provocar algumas alterações de intervenção multidisciplinar; as afecções bucais; a higiene geral relacionada à saúde bucal como o tratamento que deve ser dado aos objetos do bebê. Ao trabalhar a dieta é preciso orientar sobre o uso racional do açúcar; a mamadeira noturna e a necessidade de oferecer alimentos consistentes a partir da erupção dos primeiros dentes; quanto aos hábitos deletérios orientar para que sejam retirados o mais breve possível sendo imperativo a interrupção até os 3 anos. Trabalhar a necessidade de supervisão constante da criança evitando os traumatismos nos dentes decíduos; também é preciso alertar sobre o risco da fluorose (MINAS GERAIS, 2007).

Na faixa etária dos 2 aos 5 anos, por ser um período de formação de hábitos, é o momento mais propício para o desenvolvimento de ações educativas na família, nas creches e escolas. A escovação ainda é uma responsabilidade dos pais que devem estimular as crianças a fazê-la a medida que vão crescendo. Nessa faixa etária o uso do dentífrico fluoretado precisa ser racionalizado. Alguns hábitos pré-disponentes das oclusopatias devem ser identificados e trabalhados adequadamente pela equipe (MINAS GERAIS, 2007).

Dos seis aos nove anos de idade, a criança está na fase onde as ações coletivas produzem um forte impacto sobre os índices de cárie e gengivite. Por estar na escola cada ação vai atingir um número considerável de crianças. Os pais precisam estar atentos aos primeiros dentes permanentes e é nessa fase que a higiene bucal vai se efetivar como responsabilidade da criança inicialmente sob supervisão dos responsáveis. O traumatismo dentário deve ser abordado para que pais, crianças e professores saibam como agir nesses casos (MINAS GERAIS, 2007).

A adolescência (10 a 19 anos) é uma fase que pode impor algumas barreiras, as quais o profissional precisa trabalhar adequadamente para angariar a confiança desse usuário. Embora adolescentes sejam conscientes sobre a higiene, esse é o momento em que se tornam mais descuidados usando muitos artifícios para melhorar o hálito sem escovar adequadamente os dentes. As ações de educação precisam ser intensificadas para que o trabalho feito na infância não se perca. A dieta nessa fase se torna uma vilã, pois é comum o consumo de carboidratos e guloseimas várias vezes ao dia. Existe a possibilidade do desenvolvimento da periodontite juvenil e o dentista deve estar atento a isso. Também é comum o uso de aparelho ortodôntico sendo necessário orientar esse adolescente sobre a higiene cuidadosa. Pode ocorrer nessa fase a erupção do 3º molar permanente existindo o risco da sintomatologia dolorosa. Casos de erosão dentária devem ser bem avaliados pela equipe, pois podem advir de alimentação ácida ou mesmo de distúrbios como a bulimia. Por ser um período de experimentação é preciso orientar sobre drogas lícitas e ilícitas e o uso do *piercing* falando das interferências e riscos desses hábitos para a saúde bucal (MINAS GERAIS, 2007).

Para o adulto de 20 a 59 anos a atenção clínica será o fator preponderante, pois esse grupo ficou excluído dos serviços de saúde bucal durante muitos anos. É preciso estar atento sobre as manifestações bucais de condições de trabalho ou alterações sistêmicas. As ações educativas devem ocorrer em conjunto com o restante da equipe abordando as lesões de tecido mole, câncer bucal, doença periodontal, cárie de raiz, xerostomia, edentulismo e necessidade de tratamento restaurador/reabilitador (MINAS GERAIS, 2007).

Atualmente os idosos (a partir dos 60 anos) vêm se constituindo um grupo cada vez maior nos serviços de saúde em decorrência do aumento na expectativa de vida. Nessa idade algumas especificidades exigem uma atenção especial da equipe no desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar. As condições bucais geralmente são marcadas por edentulismo, mutilações e necessidade de prótese. O acesso aos serviços clínicos pode estar prejudicado por condições como dificuldade de locomoção, a dependência de familiares, as barreiras físicas do território, a falta de priorização desses usuários pelos serviços odontológicos entre outros. Nessa fase o enfoque familiar é fundamental para capacitar os responsáveis para o cuidado com a saúde bucal do idoso incapacitado/limitado fisicamente. O envelhecimento tem reflexos na cavidade bucal sendo citadas as condições do epitélio que se torna mais delgado e friável, a cicatrização mais lenta, a perda de estrutura dentária pelo processo de atrição ou abrasão, migração da inserção gengival, redução da câmara pulpar pela mineralização dos canalículos dentinários, atrofia das papilas e diminuição da salivação, dificuldade de controle de placa pelas limitações motoras e osteoporose mandibular ou maxilar. O profissional deve estar atento a todos esses aspectos além de avaliar a presença de condições sistêmicas com necessidade de encaminhamento dentro da equipe (MINAS GERAIS, 2007).

Ao longo da vida os usuários podem apresentar alterações fisiológicas ou patológicas requerendo uma atenção especial dos profissionais. Pela impossibilidade de citar todas as condições a seguir serão tecidas algumas considerações sobre a gestante, os usuários com necessidades especiais e em conjunto os hipertensos e diabéticos. A gestação é um processo fisiológico natural que pode causar alterações bucais exigindo do profissional a capacitação para conduzi-las. Uma boa higiene bucal desde o início da gravidez é essencial para evitar as alterações periodontais, pois pesquisas recentes tem apontado relação da doença periodontal com o parto prematuro de bebês de baixo peso. O grupo de gestantes é um momento impar para a atuação da equipe, em relação à saúde bucal é o período de reconstruir as concepções de higiene oral, da importância da mãe como exemplo para os filhos e como primeira cuidadora. Orientar sobre a necessidade da consulta individual é o momento mais propício para isso. Qualquer tratamento clínico pode ser realizado desde que seja feita uma avaliação dos riscos e benefícios desses procedimentos, considerando sempre a possibilidade da

atuação conjunta com o médico ou enfermeiro responsável pelo pré-natal (MINAS GERAIS, 2007).

Os pacientes com necessidades especiais (PNE) são aqueles que apresentam alterações dos padrões de normalidade requerendo uma atenção diferenciada do profissional. Geralmente são pacientes com paralisia cerebral, deficiência mental e síndrome de Down. Recentemente o tratamento odontológico de PNE sob anestesia geral foi oficializado pela portaria 1032 de 2010 onde um novo código de procedimento foi gerado com financiamento específico para tal, contribuindo para a formação da rede de atenção a esses usuários composta pela ESB oferecendo a atenção primária e sendo a porta de entrada, o CEO prestando atenção secundária e o hospital como referência terciária (MINAS GERAIS, 2007).

Diabéticos e hipertensos podem ser trabalhados nos grupos operativos das UBS com toda a equipe. A atenção clínica requer um cuidado diferencial e avaliação em conjunto com a equipe. O CD precisa estar atento aos sinais de hipoglicemia, cetoacidose e crises hipertensivas. A saúde bucal se insere num contexto em que pesquisas têm mostrado a doença periodontal influenciando negativamente o curso dessas patologias (MINAS GERAIS, 2007).

5.4 A educação continuada e a educação permanente em saúde

Pela portaria 198 de fevereiro de 2004 o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia para consolidar a reforma sanitária brasileira através do SUS. O MS assume a sua responsabilidade em ordenar a formação de recursos humanos na saúde reconhecendo a importância da interação ensino serviço e do novo conceito pedagógico que se apresenta: a EPS (Educação Permanente em saúde) como responsável pela integração entre a aquisição de novos saberes, reflexão sobre processo de trabalho e sua resolutividade. A implantação dessa portaria se dará através de polos de educação permanente distribuídos em todo território nacional de acordo com as necessidades locais e o financiamento ocorrerá por conta do orçamento do ministério da saúde uma vez que o objetivo é formar recursos

humanos para o SUS. Em 2007 foram definidas novas diretrizes e estratégias para a PNEPS adequando-a ao pacto pela saúde, buscando a equidade regional, considerando as especificidades e as necessidades de formação de cada lugar (BRASIL, 2007).

É necessário distinguir a capacitação da EPS. Embora a primeira contribua para o desenvolvimento profissional nem sempre se constitui parte de uma estratégia de mudança institucional. As capacitações estão inseridas no conceito de educação continuada, ou seja, representam uma continuidade do modelo escolar com enfoque disciplinar baseado nas técnicas de transmissão do conhecimento com o objetivo de levar a atualização profissional, não apresenta sequência e é voltada para cada grupo profissional separadamente. A EPS embora possa englobar várias capacitações se opõe aos moldes anteriormente colocados ao propor a inserção do ensino no dia a dia da equipe, trabalhando as dificuldades em seu contexto original, tomando o fazer como gerador de aprendizado, trabalhando toda a equipe de forma planejada e sequencial. É o reconhecimento do potencial formador existente no ambiente de trabalho através da conversão da solução de problemas em aprendizado e de que os saberes somente se efetivam se forem construídos (BRASIL, 2007).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se insere em um contexto de reorganização do SUS como estratégia para o alcance de tal feito. Para que a incorporação da educação permanente no cotidiano das equipes de atenção básica contribua efetivamente para a reorientação do modelo assistencial é preciso buscar práticas educativas voltadas para o enfrentamento de problemas concretos diagnosticados através da discussão da equipe. Dessa forma a EPS se constituirá em um potente recurso, levando a um novo fazer cotidiano. (VASCONCELOS, 2009; BRASIL, 2007)

A EPS é um processo pedagógico que acontece entre os profissionais de saúde e desses com profissionais de outras áreas. Essa concepção faz parte de um novo conceito que define essa estratégia capaz de inserir no campo de aprendizado das equipes abordagens democráticas, pois a busca de informações advém da necessidade de problemas vivenciados. A EPS é o espaço onde os conteúdos abordados em curso de educação continuada serão partilhados para toda a equipe.

Assim, quando um membro da equipe participar de cursos, seminários ou congressos, ao retornar ele terá a oportunidade de trazer para o cotidiano da equipe propostas de melhoramento dos problemas da comunidade (VASCONCELOS, 2009).

Em muitos locais embora exista a adoção das medidas educativas para a transformação do modelo assistencial, a administração mantém o enfoque antigo e não reconhece que:

[...] a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (BRASIL, 2011.p.10).

O trabalho com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática diária dos serviços de saúde em si já se constitui em aprendizado, levando a mudanças no trabalho e nas pessoas envolvidas. Através dessa estratégia é possível fortalecer a participação social no SUS incentivando o protagonismo de profissionais e usuários na condução dos serviços de saúde e impactando positivamente sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA *et al.*, 2009). Enfrentar os desafios do SUS atualmente exige profissionais capacitados para desempenharem adequadamente seu papel diante do sistema, para que não sejam eles o elo frágil (MÂNGIA, 2007).

5.5 A infraestrutura e satisfação profissional

As diretrizes da política nacional de saúde bucal (BRASIL, 2004) ao versar sobre as condições de trabalho propõe o desenvolvimento de uma política de suprimento e fornecimento de instrumentais, material de consumo e, garantia de manutenção dos equipamentos mantendo condições adequadas ao trabalho do profissional de acordo com os padrões estabelecidos pela vigilância sanitária. É função do município garantir as condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011).

Descrevendo e analisando as condições de trabalho nas ESB de Natal, Rio Grande do Norte, Rocha e Araújo (2009) realizaram uma pesquisa com 58 dentistas através de um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas. Os resultados encontrados mostraram entre os fatores que interferem positivamente nas condições de trabalho dos dentistas em relação a estrutura física a presença de aparelho condicionador de ar, equipamentos de boa qualidade, instalações e instrumentais novos. Entre os fatores negativos estão a estrutura física inadequada, a manutenção ineficiente dos equipamentos, a falta de limpeza do ambiente, a falta de instrumental, material e equipamentos, a demora na solução de problemas, equipamentos velhos e falta de valorização profissional. A presença de equipamentos novos e com manutenção periódica, bem como a regularidade na reposição de materiais de boa qualidade são fatores importantes para boas condições de trabalho. Através desse trabalho os autores destacam que a estrutura física inadequada, a indisponibilidade de equipamentos, instrumental e material de consumo são fatores limitantes para a atuação do profissional e estão diretamente ligados a insatisfação do trabalhador.

A linha guia Atenção em Saúde Bucal (MINAS GERAIS, 2007) da Secretária do Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) dispõe que realizar um trabalho pautado na qualidade e no respeito às normas de biossegurança é necessário “para assegurar a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços” (MINAS GERAIS, 2007, p. 23) através da adequação da área física, do suprimento de instrumental e material de consumo e da conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos. Deve existir também um serviço de manutenção periódica nos equipamentos evitando paralisações desnecessárias.

5.6 A interação ensino/serviço através dos estágios supervisionados

As mudanças ocorridas no serviço público odontológico com a atual PNSB somadas a uma inversão no mercado de trabalho que fez da saúde bucal na ESF o principal campo de trabalho do CD, responsável por maioria dos empregos na

área, gerou a necessidade da criação de uma nova lei de diretrizes e bases para a educação superior em saúde no Brasil. Até então o modelo de formação vigente era definido “por um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos” (GIOVAN, 2011, p. 15) que não corresponde às necessidades do trabalho na ESF. Um novo modelo de atenção requer uma postura diferenciada dos profissionais, capacitados para interagir com a equipe e tratar integralmente cada pessoa, avaliando e considerando os saberes pré-construídos por sua família e comunidade. As universidades vêm gradativamente se adequando às novas diretrizes do ensino superior com a finalidade de capacitar seus alunos para o trabalho na ESF. Assim o novo projeto pedagógico “ressalta a importância de um estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, enfatizando os princípios do SUS” (MATOS, 2004, p. 1540). Pretende-se proporcionar aos estudantes uma:

[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde com base no rigor técnico científico, capacitado ao exercício de atividades referentes a saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade em benefício da sociedade (MATOS, 2004, p. 1540).

Ao pesquisar a opinião de universitários em 2004, Matos aponta para uma visão limitada sobre a odontologia para o setor público como um serviço social de menor qualidade prestado às populações com menor poder aquisitivo, mas aponta também para a existência de um conceito em construção que poderá substituir e melhorar a concepção anterior (MATOS, 2004).

A articulação ensino serviço de saúde provocará um reflexo na formação dos futuros profissionais do SUS. Nessa perspectiva algumas instituições tem adotado o estágio supervisionado como “instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social e econômica de sua região e do trabalho em sua área” (ABENO, 2002 *apud* WERNEK *et al.*, 2010, p. 223). Busca-se através da inserção de estudantes nos municípios estimular o convívio desses com a comunidade levando-os a entender como se constroem os problemas de saúde das pessoas e aproximá-los da realidade. Dessa forma, o trabalho até então imaginário se torna palpável, uma experiência que leva o aluno a conhecer e a entender os limites e possibilidades do serviço, construindo gradativamente sua autonomia. A

interação entre academia e serviço público deve ser sempre incentivada, em busca de uma troca de saberes que qualifique as ações prestadas pelo setor e forme recursos humanos preparados para exercer a saúde bucal no SUS (WERNEK *et al.*, 2010; MINAS GERAIS, 2007).

5.7 O uso da epidemiologia no planejamento das ações de Saúde Bucal

A epidemiologia é o estudo da “distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde” (LAST, 1988 *apud* RONCALLI, 2006, p. 106). Os dados epidemiológicos podem ser secundários quando são obtidos através das informações dos serviços de saúde ou primários quando advêm de estudos transversais também chamados de levantamentos epidemiológicos. Desde 1986 o ministério da saúde vem realizando estudos epidemiológicos nacionais em saúde bucal com um atraso considerável em relação a países desenvolvidos que dispõe de banco de dados desde o início do século XX (RONCALLI, 2006).

Os resultados alcançados pelos programas de saúde bucal no Brasil estão sendo acompanhados por levantamentos epidemiológicos. Em 1986 foi realizado o primeiro estudo em nível nacional que pesquisou dados sobre a cárie dentária, a doença periodontal e a necessidade de prótese nas faixas etárias de 6 a 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 50 a 59 anos. Observou-se que as populações com um poder econômico maiores possuíam melhores condições de saúde bucal. Em 1996 compreendendo apenas a faixa etária de 6 aos 12 anos foi realizado o 2º Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (LESB) nacional. Constatou-se a redução no índice de cárie, mas ficou evidente a polarização da doença, pois algumas crianças concentravam a maioria das lesões de cárie. As regiões mais pobres apresentavam os piores índices de saúde bucal. No SB Brasil 2003 confirmou-se o declínio da cárie explicado pela ampla utilização do flúor, pelas novas concepções de diagnóstico de cárie e pela melhora das condições de vida da população. Foi observada também uma forte iniquidade em saúde com a carga

maior de doenças concentrada nas classes socioeconomicamente desfavorecidas (PALMIER, 2008).

O SB Brasil 2010 se insere em um processo de construção de um banco de dados relativos aos indicadores de Saúde Bucal. Esse estudo foi realizado em 177 municípios e examinou 38 mil pessoas de 5 grupos etários (5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos), delimitação semelhante ao SB Brasil 2003 para continuidade da construção da série de indicadores. Aos 5 anos houve uma redução no número de dentes decíduos cariados de 2,8 em 2003 para 2,3 em 2010. Aos 12 anos o CPO-D diminuiu de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010 e a porcentagem de crianças livres de cárie aumentou para 44% nessa idade. Com esse resultado o Brasil entra para o grupo de países com baixa prevalência de cárie. Houve redução de 30% no CPO-D dos 15 aos 19 anos em relação a 2003 e o número de perdas dentária nos adolescentes caiu pela metade. Nos adultos o CPO-D passou de 20,1 em 2003 para 16,3 em 2010. Em relação aos idosos poucos avanços ocorreram e 3 milhões ainda precisam de prótese total em ambas as arcadas e 4 milhões necessitam de prótese total em uma das arcadas (PALMIER, 2008; BRASIL, 2010).

O LESB é um importante instrumento para verificar a prevalência, a distribuição e a gravidade das doenças bucais. Através dele é possível planejar as ações eficientemente. Para os municípios recomenda-se a realização de um levantamento a cada 2 anos para planejamento, avaliação e monitoramento da efetividade das medidas adotadas (MINAS GERAIS, 2007; PALMIER, 2008). Portanto, por se constituir em um contundente aliado da saúde bucal coletiva, o enfoque epidemiológico não pode se dar em momentos estanques devendo ser uma prática transversal cotidiana (RONCALLI, 2006).

Ao traçar um quadro epidemiológico em saúde bucal o município deve utilizar minimamente informações sobre a cobertura de primeira consulta odontológica programática, a cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, o CPOD aos 12 anos e a porcentagem de crianças livres de cárie aos 5 anos. Podem ser inseridos localmente outros indicadores que sejam relevantes para o município (MINAS GERAIS, 2007).

5.8 Monitoramento e avaliação das ações de Saúde Bucal

A avaliação é uma ação tão antiga quanto a humanidade, inerente às políticas sociais que tem ganhado importância pela cobrança constante das sociedades da demonstração concreta dos resultados produzidos por essas políticas. Esse processo retroalimenta as ações de planejamento. A avaliação é momentânea, acontece estrategicamente e produz uma imagem estática da realidade. O monitoramento ocorre ao longo do tempo para verificar se as ações estão sendo executadas da forma planejada (CAMPOS *et al.*, 2010).

Para coletar, processar, armazenar e disponibilizar as informações geradas nos serviços de saúde existe o Sistema de Informação em Saúde (SIS) do SUS, uma importante ferramenta de gestão e de controle social que permite acesso seguro aos dados produzidos em todo território nacional (ESP-MG, 2009). Para a atenção básica existe um SIS específico, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que deve ser alimentado por todos os municípios que implantarem em seus territórios ESB/ESF (MINAS GERAIS, 2007).

O monitoramento das ações da ESB acontece através da adoção de indicadores confiáveis. Os indicadores da saúde bucal incluídos no pacto pela saúde foram inicialmente a média da ação coletiva escovação dental supervisionada e a cobertura de primeira consulta odontológica programática (MINAS GERAIS, 2007). Atualmente o último indicador foi substituído pela cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal. Ambos fazem parte da diretriz 1 do pacto que busca garantir o acesso das pessoas a um serviço de qualidade, igualitário e prestado em tempo oportuno ao atendimento das necessidades de saúde, através do melhoramento contínuo da Atenção Básica (AB). Essa diretriz tem como objetivo ampliar o acesso aos serviços da APS. A meta brasileira para a ação coletiva de escovação dental supervisionada é 3%. Com relação à cobertura de equipes de atenção básica de saúde bucal a meta nacional é de 50% (BRASIL, 2012).

Em 2011 o ministério da saúde lançou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) através da publicação da portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011. O programa pretende ampliar o acesso e qualidade da

atenção básica, com garantia de padrão de qualidade comparável nacionalmente, para permitir maior transparência das ações governamentais destinadas a esse nível de atenção. Com esse programa foram definidos para a saúde bucal 4 indicadores de desempenho (média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; cobertura de primeira consulta odontológica programática; cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante, razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas) e 3 de monitoramento (média de instalações de próteses dentárias; média de atendimentos de urgência odontológica por habitante; taxa de incidência de alterações da mucosa oral) (BRASIL, 2012).

6 CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA

6.1 Descrição do Contexto

O município de Rio Vermelho está localizado no Vale do Jequitinhonha e apresenta uma extensão territorial de 987 Km². A taxa de urbanização é de 33,84%, mostrando a predominância rural da população de 14905 habitantes. A principal atividade econômica é a agropecuária, a extração vegetal e a pesca. A desigualdade social é um quadro marcante sendo que 89% dos domicílios tem renda menor ou igual a 1 salário mínimo. O acesso à água tratada e fluoretada é restrito a 33,64% dos domicílios. Todas as formas de manejo do esgoto são prejudiciais ao meio ambiente e a coleta de lixo chega a 21,97% dos domicílios (IBGE, 2009 *apud* RIO VERMELHO, 2010). Os aspectos epidemiológicos apontam uma falha na atuação das ESF, pois a principal causa de mortalidade (doenças do aparelho circulatório) é uma condição sensível a atenção ambulatorial, assim como a segunda e a terceira causa de internação que são respectivamente as doenças do aparelho circulatório e as doença endócrinas, nutricionais e metabólicas (MS/SIS, 2009 *apud* RIO VERMELHO, 2010). Segundo relato do atual secretário municipal de saúde, quatro ESF foram credenciadas em 1998 e apenas 2 foram efetivamente implantadas até o ano de 2010. No município existe um hospital de pequeno porte que presta serviços de atenção secundária e algumas ações de atenção terciária, além de exames laboratoriais.

Os esforços ocorridos em nível nacional para reestruturar a saúde bucal não se efetivaram no município e as carências da população estavam estampadas em sorrisos totalmente multilados. Em 2010 ao assumir o cargo de cirurgiã-dentista, foi possível visualizar que um verdadeiro caos havia se abatido sobre a atenção primária em saúde bucal, pois nenhum PSF contava com ESB. Em acordo com o secretário municipal de saúde, iniciei o projeto de implantação das ESB nas ESF. Com o desdobramento do processo e por questões de organização do serviço, assumi a coordenação municipal de saúde bucal em maio de 2010. A coordenação é um cargo administrativo da gestão subordinado ao secretário de saúde. Com a confiança e o aval do gestor municipal de saúde era o momento de querer uma

saúde bucal que respondesse aos meus anseios como profissional e como riovermelhense.

Desde o início as tarefas foram árduas. Era preciso lidar com a cultura institucional arraigada em cada profissional que estava no sistema há mais tempo. Subsídios que apoiassem cientificamente e o respaldo da PNSB se fizeram imprescindíveis. O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde da SES/MG, o curso de Qualificação de Gestores do SUS II e mais tarde o Programa de Reorganização da Atenção em Saúde Bucal (PRASB) de Minas Gerais e o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foram de uma importância inquestionável.

Esse último ajudou a equipe a assimilar como chegar à melhoria da Saúde Bucal de Rio Vermelho, como componente da APS atuando dentro das ESF. Os primeiros módulos abordam de forma clara as vivências das EAB. Conhecer a equipe verde da comunidade de Vila Formosa no município de Curupira ajuda a refletir o dia a dia das equipes. Embora não retrate um município real em muitos momentos é possível identificar Rio Vermelho em Curupira.

O módulo de Processo de Trabalho proporcionou uma reflexão sobre a organização dos serviços das equipes. O texto “reproduzindo a cultura institucional” trouxe para o município muitas discussões prazerosas e ficou exposto por um longo período no quadro de avisos da Unidade Básica de Saúde (UBS) do centro. Com Modelo Assistencial é possível compreender a atual organização das Equipes de Atenção Básica (EAB) e a origem do trabalho médico centrado desenvolvido até bem pouco tempo no município. Estudando o módulo de Práticas Pedagógicas a equipe aprendeu a organizar a educação permanente em saúde e a se ver como educador num processo contínuo de aprender a aprender, ensinar a aprender e aprender a ensinar. De forma transversal aos anteriores, o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, os profissionais souberam como organizar suas ações baseadas nas necessidades apontadas pelo diagnóstico situacional de saúde e a avaliar a efetividade das mudanças adotadas.

O município de Rio Vermelho em 2010 contava com um sistema de atenção à saúde bucal ineficiente e incapaz de suprir as necessidades da população. A imagem do cirurgião dentista para a população se resumia a

exodontias e alívio da dor, pois o atendimento se encontrava voltado para os eventos agudos, baseado na demanda espontânea através do atendimento aos usuários que se aglomeravam durante a madrugada em frente à Unidade Básica de Saúde, onde funciona uma unidade mista com 1 PSF e uma equipe convencional que contava em 2009 com 3 dentistas cumprindo 20 horas semanais cada.

Em termos de atendimento pode-se afirmar que a população rural era a mais prejudicada. O acesso ao posto de saúde é dificultado devido às condições de transporte, quadro agravado pelo período chuvoso e pelo estado de conservação das estradas vicinais. Quando procura o posto, essa população se deparava com outra situação: a falta de fichas, que eram distribuídas por ordem de chegada sem nenhuma avaliação de necessidade. O paciente voltava para o meio rural sem resolver o seu problema. A falta de Equipe de Saúde Bucal vinculada à Estratégia de Saúde da Família complicava ainda mais o quadro. Não existiam ações de prevenção ou qualquer tipo de educação em saúde bucal e a população, mal orientada, procurava atendimento apenas quando não era possível fazer quase nada. Quando acontecia o atendimento esse era focado no problema relatado pelo paciente e não havia continuidade do tratamento. As dificuldades geradas pelo sucateamento da saúde bucal deixavam profissionais e usuários insatisfeitos.

6.2 Implementação da Proposta

Como primeira ação a saúde bucal foi incluída no plano municipal de saúde da vigência 2010 a 2012 com o planejamento de implantação das ESB. O apoio da referência técnica de Saúde Bucal da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Diamantina foi essencial para o desenvolvimento do projeto de inserção das equipes de saúde bucal nas ESF e a linha guia atenção em saúde bucal da SES-MG foi usada para nortear as ações planejadas. Através do diagnóstico, realizado para compor a justificativa do projeto, muitos desafios despontaram. A inexistência de um banco de dados referentes à saúde bucal gerou uma dificuldade no planejamento das ações. O último LESB encontrado nos arquivos de um cirurgião dentista datava de 1998. Planejou-se como uma das primeiras funções dos profissionais da ESB a realização de um levantamento epidemiológico em saúde

bucal, além das ações próprias da saúde bucal nas EAB como a realização de grupos operativos, a retomada das ações preventivas e a organização da demanda através do agendamento baseado no ciclo de vida e condições sistêmicas.

Outra questão seria garantir o atendimento clínico aos moradores do meio rural, muito prejudicados pelo sistema de fichas e pelas condições de transporte para a cidade. Identificou-se que o ministério da saúde estava contemplando com unidades odontológicas móveis os municípios pertencentes ao território da cidadania que não possuíssem ESB em seu território e mais um projeto foi idealizado.

No dia 16 de março de 2010 os conselheiros de saúde aprovaram por unanimidade o projeto de inserção da saúde bucal nas ESF e a proposta de implantação da UOM (Unidade Odontológica Móvel). Ficou esclarecido que o interesse maior era a implantação das equipes e caso esse processo fosse autorizado primeiro pelo ministério da saúde a UOM não seria doada, pois um dos pré-requisitos para pleitear a doação era a inexistência de ESB implantada.

Em meio a todo esse processo a participação da coordenação de saúde bucal nas oficinas de implantação do plano diretor da atenção primária à saúde de Minas Gerais foi um fator decisivo para interação com os outros profissionais e forneceu ferramentas importantes para o planejamento das ações.

6.3 Resultados e Avaliações da Experiência

Os resultados serão relatados com base nas portarias ministeriais; em documentos da secretaria municipal de saúde de Rio Vermelho como atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde, Relatório Anual de Gestão dos anos 2010 e 2011, relatório do levantamento epidemiológico em saúde bucal 2011; e em dados do Sistema de Informação do SUS.

As três ESB foram aprovadas pela portaria de 2153 de 28 de julho de 2010. Em dezembro de 2010 a coordenação nacional de saúde bucal comunicou que o município receberia uma UOM que foi entregue em abril de 2011 sendo colocada em funcionamento em agosto do mesmo ano. Ao que tudo indica embora tenha sido entregue depois, a UOM foi autorizada antes do credenciamento das

equipes. Um projeto para implantação de um Laboratório Regional de Prótese Dentária foi realizado, porém por pendências burocráticas não foi aprovado pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal. O serviço de prótese está sendo custeado com recursos próprio desde 2011.

Os incentivos financeiros provenientes da implantação das ESB e da UOM possibilitaram melhorias dos instrumentais, fornecimento contínuo de material de consumo e a presença periódica de um técnico em manutenção de consultório no município. O consultório da ESB Chapadinha foi montado com todos os equipamentos novos em um ambiente adequado as normatizações da Vigilância Sanitária. Todos os consultórios foram reformados e os equipos obsoletos foram substituídos alguns com recursos da saúde bucal e outros foram doados pelo Ministério da Saúde como previsto na portaria 1444 de 29 de dezembro de 2000. Os fornos de Pasteur proibidos desde 2008 pela resolução 1559 da SES-MG foram substituídos por autoclaves, garantido o processo de esterilização dos instrumentais. Todos os consultórios contam com aparelho de ultrassom com jato de bicarbonato para aperfeiçoar o trabalho do cirurgião-dentista e aparelho de ar refrigerado. A ESB Centro e a UOM contam com aparelho de raios-x doados pelo Ministério da Saúde. Todas as melhorias ocorreram devido a conscientização do gestor da necessidade de oferecer boas condições de trabalho aos profissionais e de garantir a qualidade da assistência prestada a população.

Atendendo ao requisito de constituir a equipe multiprofissional e de garantir capacitação dos recursos humanos a saúde bucal foi inserida na semana de treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, um treinamento foi realizado para as ASB abordando a biossegurança no consultório já que a desatualização do pessoal auxiliar vinha comprometendo o desenvolvimento das ações de limpeza e assepsia. Também foi apoiado pela secretaria municipal de saúde um curso de educação continuada com o mesmo tema promovido pelo CRO de diamantina, porém apenas dois profissionais auxiliares participaram juntamente com a coordenação municipal de saúde bucal. Mais recentemente com a ajuda do módulo de Práticas Educativas do CEABSF e da participação do município no PMAQ-AB atividades de educação permanente estão sendo desenvolvidas com toda a equipe.

Um serviço de atendimento aos pacientes especiais sob sedação foi implantado no hospital nossa Senhora da Saúde através da portaria 1032 de 2010. A partir disso priorizou-se o atendimento a esse grupo para identificar aqueles que não seriam possíveis atender na UBS e encaminhá-los ao atendimento hospitalar. Foi um trabalho excelente dos ACS ao realizar busca ativa dos pacientes que levou Rio Vermelho a ser o segundo município que mais encaminhou PNE em 2011 ficando atrás apenas de Diamantina, município sede do atendimento. A implantação desse serviço possibilitou às equipes iniciarem a proposta de atuar com base no ciclo de vida ou condição sistêmica. Priorizam-se atualmente para a atenção clínica programada além dos moradores do meio rural em qualquer idade, os idosos, as gestantes e os usuários com necessidades especiais (sendo enquadrados nesse grupo os doentes mentais, síndrome de down, paralisia cerebral e deficiências intelectuais). Trabalhando nos grupos operativos com enfoque multidisciplinar prioriza-se gestante, hipertenso, diabético, idoso, puericultura e escolares.

Como foi amplamente discutido anteriormente a interação ensino serviço através do estágio supervisionado é essencial para formação de recursos humanos comprometidos com os princípios do SUS (WERNEK, 2010). Para cumprir com esse pré-suposto e também ter a oportunidade de melhorar a saúde bucal do município um convênio de estágio supervisionado aprovado pelo conselho municipal de saúde foi celebrado com a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. A experiência do estágio foi fundamental para alavancar o serviço de saúde bucal da ESB Pedra Menina e para realização do LESB.

Está disposto na lei 8080 de 1990 que o dever do estado nas políticas de saúde não exclui o dever das pessoas e sociedade. Parcerias com instituições como a “Igreja Batista” e o “instituto CENIBRA” foram proveitosas e possibilitaram a realização de ações de educação em saúde bucal para um número considerável de pessoas. Com a primeira instituição a ação foi realizada em duas ESB (Chapadinha e Pedra Menina) e possibilitou que cerca de 400 crianças carentes tivessem acesso a kits de higiene (sabonete, escova de dente, dentifrício fluorado) doados pela igreja. Em parceria com o “instituto CENIBRA” aconteceu na região da escola municipal Marcolina Dumont Lessa o evento “Ação e Cidadania” com participação de vários profissionais de saúde e distribuição dos kits de escovação. Nesse último, 340 pessoas passaram pelas oficinas de Saúde Bucal onde receberam orientações.

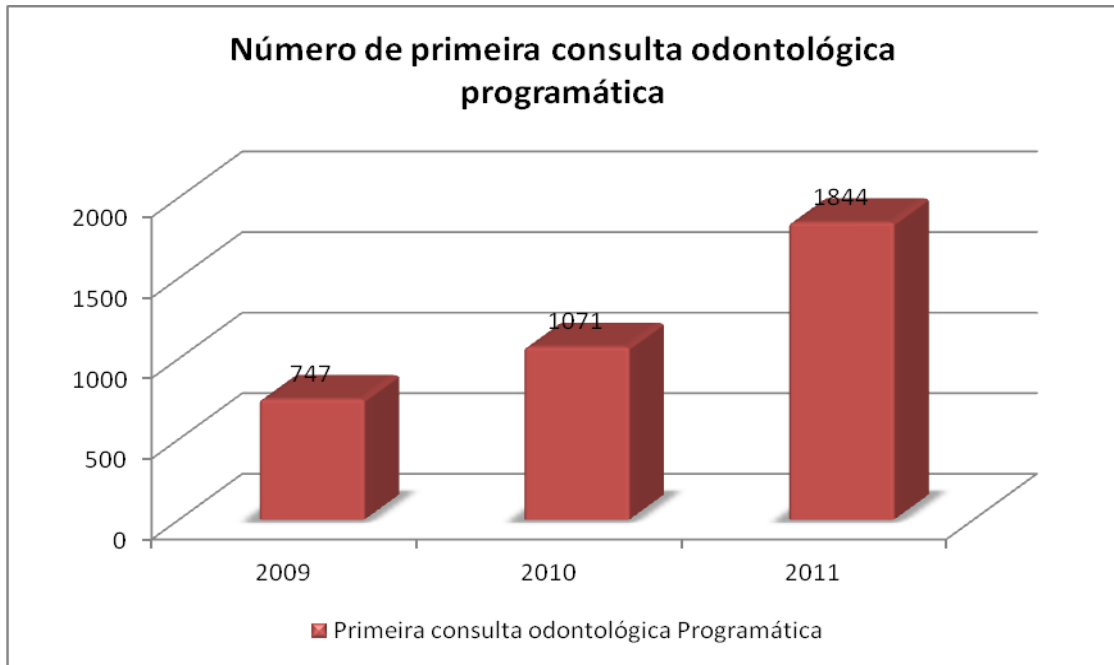
Como não havia dados epidemiológicos de Saúde bucal satisfatórios no município foi proposta, no projeto de implantação das ESB, a realização de um levantamento epidemiológico nas idades de 05 e 12 anos sendo esse passo inicial na construção de um banco de dados que possibilite ao município acompanhar as melhorias realizadas no setor odontológico. A metodologia usada no LESB foi adequada às condições locais e aos recursos disponíveis. Os resultados apontaram a existência de uma desigualdade entre a situação de saúde bucal das crianças do meio urbano e rural. O CPO-D aos 12 anos do município foi de 2,6 uma prevalência considerada média pela OMS e acima da média 2,1 encontrada no SB Brasil 2010, porém ao calcular separadamente no meio rural esse número é de 3,3 e no meio urbano 1,8. Aos 5 anos a tendência se repete sendo que para o município foi encontrado 48,4% de crianças livres de cáries, acima o valor obtido para o Brasil que foi de 44%, mas ao isolar o meio rural tem-se 6,25% de livres de cárie contra 69,65 no meio urbano. Para compor essa diferença nos índices, vários fatores estão associados entre eles a falta de acesso a água tratada e fluoretada no meio rural, a dificuldade da equipe em suprir essa falta através dos bochechos fluorados, a falta de acesso à escova de dente, dentifrício fluoretado e fio dental (Kits de escovação) e a dificuldade de acesso dessa população rural ao tratamento clínico uma vez que o componente de maior peso no índice CPO-D foi o cariado. Através desse estudo ficou constatado o total esquecimento do setor odontológico para com a população rural e foi baseado nesses resultados que o agendamento atualmente prioriza esses indivíduos. Também existe um esforço muito grande para que a UOM contribua positivamente na reversão desse quadro.

O atendimento na UOM foi iniciado em agosto de 2011, alguns bons resultados foram conseguidos com o odontomóvel em duas localidades, mas longe de cumprir com o que foi idealizado no projeto inicial. Por exigir uma rede elétrica mais forte, manter o carro no meio rural tem consumido esforços desmedidos da gestão. É sem dúvida um serviço que beneficia, sobretudo as crianças do meio rural, mas que ainda precisa de muitos ajustes para chegar aos resultados possíveis.

Analisando os procedimentos dos últimos três anos (2009, 2010 e 2011) é possível verificar como a inserção da ESB na ESF mudou o perfil do serviço. Houve um aumento significativo no número de primeiras consultas (gráfico 1) e de ações coletivas (gráfico 2 e 3). No gráfico 4 é perceptível a redução do número de

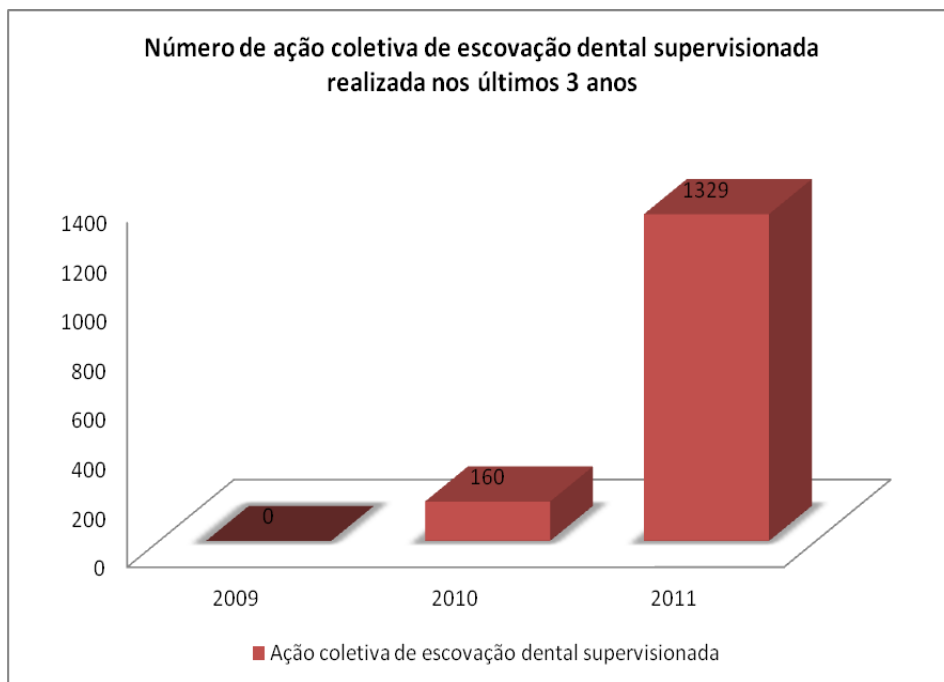
exodontias, um procedimento mutilador, mostrando a nova forma de agir dos profissionais evitando extrações dentárias desnecessárias.

Gráfico 1 – Primeira Consulta Odontológica Programática

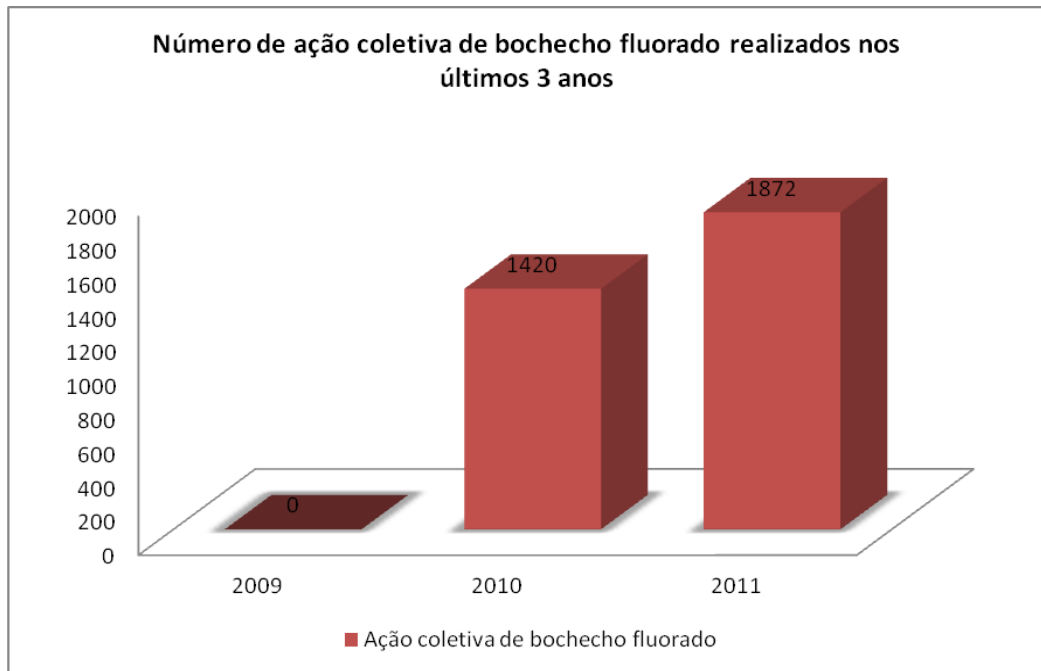


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

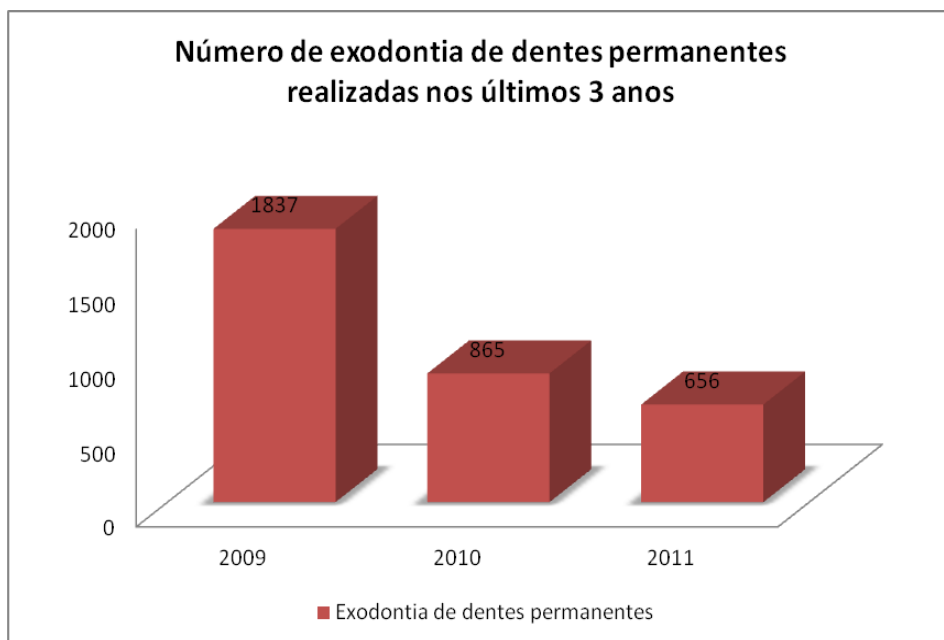
Gráfico 2 – Número De Escovação Dental Supervisionada



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Gráfico 3 – Número De Ação Coletiva De Bochecho Fluorado

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Gráfico 4 - Número de exodontias de dentes permanentes

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

É perceptível que as ações coletivas estão sendo priorizadas. Esse fato foi possível pela mudança da ESB centro de Modalidade I para modalidade II. O trabalho da técnica em saúde bucal tem sido relevante na priorização dessas ações. Os números não são melhores devido à dificuldade de conseguir o transporte para o meio rural, problema esse que será resolvido com a aquisição de um veículo para uso exclusivo da ESB e de outro que possibilitará o transporte concomitante dos profissionais da ESF/ESB. Ambos já foram licitados e encontram-se em processo de compra.

Em Rio Vermelho a saúde bucal para o setor público deixou de ser um serviço de menor qualidade prestado aos pobres, mérito de um conselho de saúde atuante, de uma gestão séria e de profissionais comprometidos com o SUS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender e desenvolver a saúde Bucal como parte integrante da saúde geral dos indivíduos e garantir que ela seja direito de todos é um desafio colocado para as equipes de saúde bucal inseridas nas equipes de saúde da família. No município de Rio Vermelho, a formação das ESF sem a implantação das ESB gerou um quadro catastrófico de sucateamento da saúde bucal. Nos últimos dois anos a odontologia despontou como uma das prioridades da gestão sendo esse setor o que obteve mais avanços se comparado ao número de desafios enfrentados. Ainda existe um longo caminho a se percorrer na consolidação da saúde bucal na ESF, porém as bases estão colocadas. A saúde bucal de Rio Vermelho encontra-se em condições de prosperar, tudo em decorrência de sua inserção na equipe multiprofissional.

Com base no relato de experiência sobre a inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Rio Vermelho/MG e na literatura revista e discutida, relacionada ao referido tema, conclui-se que:

- Os incentivos financeiros repassados ao município pelo ministério da Saúde foram de suma importância para o alcance dos resultados.
- A doação de equipamentos da federação como a UOM, os Equipos odontológicos e os raios-x contribuíram positivamente na melhoria das condições de trabalho.
- O comprometimento da gestão para com o setor foi imprescindível.
- Os subsídios gerados nos curso de educação continuada fomentaram esse processo de mudanças.
- A educação permanente tem possibilitado uma maior interação entre a equipe preenchendo a lacuna de mais de 10 anos de Saúde da Família sem profissionais da saúde bucal.
- A atuação da coordenação municipal de saúde bucal junto ao conselho municipal de saúde gerou o apoio popular necessário.

- A mudança no processo de trabalho da saúde bucal mostrou-se eficiente na reversão do modelo mutilador praticado anteriormente.
- O processo de reconstrução da saúde bucal não é finito, muito diferente disso é preciso que o ato de planejar, executar, avaliar e agir corretivamente faça parte do cotidiano das equipes.

Esse trabalho permitiu que uma avaliação acerca de todo o processo se fizesse permitindo constatar que os objetivos da inserção da SB na saúde da família foram cumpridos. O serviço prestado pelas equipes tem a qualidade almejada pelos profissionais e merecida pela população tão castigada por imensas mazelas sociais. Visualizar a reorientação dos serviços odontológicos com qualidade e resolubilidade é certamente gratificante. Os problemas colocados pela cultura institucional foram um desafio e é uma satisfação imensa afirmar que esses foram superados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. M. L. A participação do técnico em saúde bucal na estratégia de saúde da família: um olhar em municípios estruturados. **Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP – São Paulo, 2010.**

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa de Saúde da Família: Práticas de Prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 24(9): 2131-2140. Set. 2008.

BOARETO, P. P. **A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família**. 33p. Monografia – Universidade Federal de Minas Gerais – Campos Gerais, MG. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em 08 de outubro de 2012.

BRASIL. **Lei 8080** (1990). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 08 de outubro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde . **Políticas de saúde no Brasil**. Windows Media Player (37 min.): 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento da Atenção Básica. Saúde Bucal/ Ministério da Saúde. **Apresentação dos resultados do SB Brasil 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abbrasil_2010.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento da Atenção Básica. Saúde Bucal/ Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em 26 de outubro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Saúde Bucal/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento da Atenção Básica **Cadernos da Atenção Básica; 17** Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da educação em saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. **Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012** . Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2012.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação ambulatorial do SUS**. Brasília, 2012. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em 24 de outubro de 2012.

BRASIL. Portaria 1.032. **Diário Oficial da União**. 06/05/2010. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=06/05/2010&jornal=1&pagina=50&totalArquivos=104>>. Acesso em 26 de outubro de 2012.

BRASIL. Portaria 2.488. **Diário Oficial da União**. 24/10/2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em 08 de outubro de 2012.

BRASIL. Portaria N.º 1.444. **Diário Oficial da União**. 29/12/00, seção 1, pg. 85. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf>. Acesso em 08 de outubro de 2012

CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. **Saúde e sociedade**. v.18. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/08.pdf>>. Acesso em 21 de outubro de 2012.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Livro de Atas**. Rio Vermelho, 2010.

COSTA, P. D. Organização dos serviços de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: problemas e propostas de enfrentamento. 2011. 31p. **Monografia - Universidade Federal de Minas Gerais** - Formiga, MG. 2011.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

FIGUEIRA, T. R.; LEITE, I. C. G. Percepção, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. **RGO**, Porto Alegre. v.56, n.1,p.27-32. Jan./Mar. 2008.

GIOVAN, R. Avaliação da integração entre equipe de saúde bucal e estratégia de saúde da família. 2011. 47p. **Monografia - Universidade Federal de Minas Gerais** - Lagoa Santa, MG. 2011

IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/ ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Oficina 10- Monitoramento e avaliação. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 56p.

MÂNGIA, E. F. Política nacional de educação permanente em saúde: desafios e perspectiva. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v.18, n. 3, p. i, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v18n3/01.pdf>>

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

MINAS GERAIS. **Resolução 1.559** (2008). Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/odontologia/resolucao_1559.pdf>. Acesso em 26 de outubro de 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. – 2. ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290 p.

PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde bucal : aspectos básicos e atenção ao adulto**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 72p.

RESENDE, L. Prevenção e promoção em saúde: a saúde bucal além da clínica. 2011. 37p. **Monografia - Universidade Federal de Minas Gerais - Formiga, MG.** 2011.

RIO VERMELHO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação municipal de Saúde Bucal. **Projeto de Implantação da Equipes de saúde Bucal na Equipes de Saúde da Família**. Rio Vermelho, 2010.

RIO VERMELHO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Municipal de Saúde Bucal. **Relatório do Levantamento Epidemiológico 2011**. Rio Vermelho, 2011.

RIO VERMELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, 2010-2012. Rio Vermelho, 2010.

RIO VERMELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de Gestão 2010**. Rio Vermelho, 2011.

RIO VERMELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2011**. Rio Vermelho, 2012.

ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho da equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Revista de Administração Pública**, 42 (2): 481-517, MAR./ABR. 2009.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência e Saúde Coletiva**. 11(1): 105-114. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29454.pdf> >. Acesso em 21 de outubro de 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . **Evolução histórica das políticas públicas de saúde bucal no Brasil**. Windows Media Payer (09 min.). 2008.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009. 72p

WERNECK, M. A. F. *et al.* Nem tudo é só estágio: contribuições para o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (1): 221-231, 2010.