

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG

JOEL FRANCISCO GUIMARÃES PEREIRA

**A INTEGRAÇÃO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: DIFICULDADES E POSSIBILIDADES**

CONSELHEIRO LAFAIETE/MINAS GERAIS

2011

JOEL FRANCISCO GUIMARÃES PEREIRA

**A INTEGRAÇÃO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: DIFICULDADES E POSSIBILIDADES**

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

Orientador: Profa. Simone Dutra Lucas

**CONSELHEIRO LAFAIETE/MINAS GERAIS
2011**

Pereira, Joel Francisco Guimarães.

A integração entre equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família: dificuldades e possibilidades /Joel Francisco Guimarães Pereira __ Conselheiro Lafaiete-MG: UFMG, 2011.

26p.

Orientador: Profa. Simone Dutra Lucas

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização).
Universidade Federal de Minas Gerais / Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva.

1. Integração entre equipe de saúde bucal e saúde da família
I. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia II. Título

JOEL FRANCISCO GUIMARÃES PEREIRA

**A INTEGRAÇÃO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: DIFICULDADES E POSSIBILIDADES**

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

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Simone Dutra Lucas

Examinadora: Profa. Valéria Tassara

Aprovada em: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a Deus pelo dom da vida. A minha mãe e a meu pai pelo esforço feito para que eu pudesse ter minha formação superior. Aos meus irmãos pelo companheirismo. Aos meus colegas de curso, em especial a Adriana, a Fernanda e o Deleon pelos conselhos e ensinamentos durante o curso. A professora Lizziane e a minha orientadora Simone pela enorme paciência. Aos meus colegas de trabalho da equipe de saúde da família de Pedra do Anta pela ajuda nas atividades. À minha esposa Marcelige pela paciência e ajuda nos momentos difíceis.

RESUMO

A saúde pública no Brasil vem sofrendo mudanças bruscas no seu modelo de atenção, sendo que a principal dessas é a criação do SUS. Para que a atenção primária no SUS tivesse maior abrangência foi criado o PSF. Este programa que tem como foco a família/comunidade iniciou com os profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Passados sete anos após a sua criação é que a odontologia foi inserida nele. A saúde bucal aparece como um anexo, uma equipe à parte que tem dificuldades para integrar essa equipe multidisciplinar que era esperada. Este estudo tem por objetivo analisar as dificuldades e as possibilidades para a integração da equipe de saúde bucal na equipe de saúde da família. A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura narrativa. Foram consultadas as bases de dados LILACS, Bireme, MEDLINE e SciELO, com trabalhos publicados no período de 1998 a 2011. Algumas hipóteses para esta dificuldade de integração foram levantadas, como por exemplo, a inserção tardia na equipe; a própria característica do trabalho do cirurgião-dentista, muito tecnicista e autossuficiente; e os próprios profissionais sem interesse em construir um novo modelo de cuidado: o cuidado do usuário como um todo e não apenas a boca. A integração da equipe proporciona abordar o indivíduo de uma nova maneira, ampliando os conhecimentos sem perder a atuação específica de cada profissional. É dever dos gestores de saúde incentivar o trabalho em equipe. Assim as duas equipes, saúde bucal e saúde da família, se tornem uma única equipe real e não utópica.

Palavras-chave: Saúde Bucal no PSF; PSF; SUS.

ABSTRACT

Public health in Brazil has been undergoing rapid changes in its health care model, and the chief of these is the creation of SUS. The PSF was created to raise the scope of the primary care in the SUS. This program that focuses on family / community, started with the following professionals: doctors, nurses and community health agents. Seven years after its creation is that dentistry was in it. Oral health appears as an attachment, a separate team which is struggling to integrate the multidisciplinary team that was expected. This study aims to examine the difficulties and possibilities for integration of oral health team on family health team. The methodology used was a narrative review of the literature. We consulted the databases LILACS, BIREME, SciELO and MEDLINE, with works published between 1998 to 2011. Some hypotheses for the difficulty of integration were raised, such as a late inclusion in the team; the characteristic of the work of the dentist, very technical and self-sufficient; and the professionals themselves have no interest in building a new model of care: care of the user as a whole and not just the mouth. The integration on the team provides a new way to approach the patient, expanding the knowledge without losing the specific role of each professional. It is the job of the health managers to encourage teamwork. So the two teams, oral health and family health, become a real team and not only utopian.

Keywords: Oral Health in the PSF, PSF; SUS.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira passa nas últimas décadas por diversas mudanças, principalmente após a constituição de 1988. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de saúde pública centrado no hospital e na doença, que já estava desgastado e que não tinha resolutividade foi sendo substituído. Para a mudança deste modelo o carro-chefe foi o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 para ampliar e melhorar a atenção primária em saúde e ser a porta de entrada para o sistema.

Neste primeiro momento, a equipe do PSF contava com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). O cirurgião-dentista (CD) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) foram agregados à equipe apenas em 2001. Pelas características da sua profissão ser muito tecnicista (ou historicamente se construiu deste modo), o CD sempre encontrou dificuldades para o trabalho em equipe.

As ações de saúde bucal no Brasil estavam relacionadas com a cura das doenças principais, cárie e doença periodontal, pautada em procedimentos restauradores e mutiladores (exodontias). Na área de prevenção em saúde bucal, o foco eram escolares na idade entre cinco e 10 anos. Este modelo encontrava-se gasto, pois não obteve melhorias significativas nas condições de saúde bucal da população com o decorrer do tempo.

A equipe de saúde bucal (ESB) do PSF tem como foco a promoção e a prevenção da saúde bucal no âmbito familiar, não restringindo as ações apenas aos escolares. Os determinantes de saúde (emprego, moradia, lazer, alimentação, etc.) devem ser levados em consideração e o trabalho multiprofissional é o principal desafio dos profissionais.

O interesse pelo tema veio da experiência pessoal do autor e dos colegas de curso que demonstravam a mesma insatisfação por serem deixados “de fora” das ações e do planejamento da equipe de saúde da família (ESF). Os colegas de curso também estavam de acordo que a maioria dos profissionais da equipe de saúde bucal é que buscavam esse distanciamento, alegando que não era sua função ajudar a equipe em ações como prevenção e combate ao tabagismo, pré-natal, etc. Muitos CD acreditam que este tipo de serviço é exclusivo para enfermeiros, não querendo ter mais um “trabalho” a fazer.

O objetivo deste trabalho é buscar na literatura os motivos apontados para o problema da integração entre ESB e ESF, bem como abordar as alternativas e possibilidades de se obter um estreitamento das relações entre as equipes, que afinal não são duas, mas apenas uma: a Equipe de Saúde da Família.

2 METODOLOGIA

A metodologia aplicada constou de pesquisas de artigos científicos publicados em periódicos, sites de busca da internet (biblioteca virtual em saúde e google acadêmico) e livros textos que abordam o tema do estudo. A base de dados consultada foi LILACS, Bireme, MEDLINE e SciELO. O período das publicações foi de 1998 a 2011.

Os descritores utilizados para a pesquisa foram: saúde bucal no PSF; PSF; SUS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O sistema de saúde pública do Brasil tem passado por diversas mudanças nas últimas décadas. De acordo com Silva (2009), vivenciamos modelos assistenciais diversos como o da Saúde Pública (início do século XX), o da Assistência Médica Previdenciária (década de 20), o da Medicina Comunitária (década de 60) e o Sistema Único de Saúde atualmente.

Na década de 80, na VII Conferência Nacional de Saúde, a odontologia foi citada em fóruns nacionais no contexto da situação de saúde do Brasil. No evento, a odontologia no Brasil foi caracterizada como ineficiente devido ao seu enfoque curativista e por sua baixa cobertura (SILVA, 2009). Como recomendação da VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, reafirmando o diagnóstico anterior. Segundo Magalhães (2009), A VIII Conferência Nacional de Saúde vem em concordância com a Organização Mundial de Saúde, com origem no paradigma da Promoção da Saúde.

A partir da constituição de 1988, criou-se o SUS com o objetivo de mudar o modelo atual de saúde no Brasil que era hospitalocêntrico, voltado apenas para a doença, mercantilista, medicalizador e com baixa resolubilidade (SILVA, 2009).

Cohn (2009) afirma que a partir daí a saúde contava com o marco legal que organizava o sistema de saúde brasileiro, com princípios e diretrizes.

A emergência do SUS faz parte de um processo maior, sendo importante destacar: as sucessivas mudanças nas políticas de saúde pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e pela implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) dentro do processo da reforma sanitária; o processo de territorialização das políticas públicas, que induziu os municípios a assumir responsabilidades no campo das políticas sociais (VIANA, 2002).

3.2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1994, foi criado no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para a reorganização do sistema de saúde e a consolidação do SUS (BALDANI *et al*, 2005; MAGALHÃES, 2009). Anteriormente a este programa, tivemos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991, onde já se trabalhava com a família como centro das ações programadas de saúde (CERICATO, GARBIN e FERNANDES, 2007). Com os bons resultados, principalmente em relação à redução da mortalidade infantil, vislumbrou-se a necessidade de ampliação do programa (LOURENÇO *et al*, 2009). Começaram assim a serem formadas as primeiras equipes de saúde da família (CERICATO, GARBIN e FERNANDES, 2007).

Para Baldani *et al* (2005), o PSF vem em oposição ao modelo tradicional que era centrado na doença e nos hospitais, dando prioridade à saúde dos indivíduos e das famílias de forma contínua. Inclui também aspectos como área de abrangência e adscrição da clientela, com equipes multiprofissionais e com ações intersetoriais. Baldani *et al* (2005) ressalta ainda a importância das ações programadas a partir das necessidades epidemiológicas presentes na área e a participação da comunidade.

Silva (2009) argumenta que o PSF tem como foco as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma contínua e integral. Silva (2009) ressalta ainda a participação da comunidade que deve ter presença ativa na busca pela saúde juntamente com os profissionais. Considera também o PSF como a maior mudança estrutural da saúde pública brasileira, principalmente pela busca da humanização das práticas de saúde.

De acordo com Silva (2009), para o PSF ser realmente eficaz no enfrentamento dos problemas de saúde do Brasil, a odontologia não poderia estar de fora. Neste sentido aponta que em 1998, cerca de 20 milhões de brasileiros nunca tinham sido atendidos por CD.

3.3 A INCLUSÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os serviços odontológicos, entre a década de 20 e 40, eram oferecidos pelo Estado apenas nos grandes centros urbanos através da demanda espontânea e com baixa qualidade e resolubilidade (SILVA, 2009).

Segundo Palmier *et al* (2009), vários modelos assistenciais marcaram o processo de trabalho em odontologia. Destes cita-se a odontologia sanitária, a odontologia simplificada e o sistema integral. Segundo a mesma, o sistema que predominou foi o incremental que privilegiava o tratamento dos dentes permanentes de escolares com idade entre sete e 14 anos. O objetivo desta política consistia em obter uma população adulta, em longo prazo, com uma saúde bucal melhor, fato que não pode ser observado atualmente nos adultos e idosos, que apresentam alto percentual de perdas de elementos dentais.

Silva (2009) destaca que as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde se baseavam apenas na fluoretação das águas de abastecimento público.

Almeida *et al* (2009) ressaltam que historicamente as políticas públicas de saúde bucal no Brasil estiveram sempre voltadas para os escolares.

É na busca da integralidade, princípio do SUS, que surge então a inserção da ESB vinculada ao PSF. Somente em dezembro de 2000 através da Portaria 1444 do Ministério da Saúde é que se estabeleceu o incentivo financeiro para a implantação das ESB. De acordo com a portaria este incentivo vem pela necessidade de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal, melhorar os índices epidemiológicos e reorganizar as ações de saúde bucal na atenção básica.

A partir deste momento a saúde bucal começou a ser priorizada pelo governo federal. Houve aumento significativo na implantação da ESB nas ESF. O Brasil tinha em 2007, vinculadas ao PSF, 8341 ESB com cobertura de mais de 59 milhões de pessoas (FARIAS e SAMPAIO, 2011).

Para Araújo e Dimenstein (2006) a inserção do CD no PSF não foi mediante experiências existentes ou houve discussão sobre o seu significado. Ressaltam também a falta de participação dos profissionais, tanto de saúde bucal como de outras áreas da saúde na discussão sobre a atuação da equipe de saúde bucal na atenção

básica. Isto aconteceu ao contrário do que ocorreu com a criação do SUS, onde houve um grande movimento tanto dos profissionais como da população.

Diferente do que afirmam Araújo e Dimenstein (2006), para a Organização Pan-americana da Saúde aconteceram vários movimentos em que foram mobilizados vários profissionais de saúde bucal, comprometidos com a mudança do modelo existente, além da própria sociedade (OPAS/OMS, 2006).

No processo de construção do novo modelo representado pelo PSF, a participação dos CD foi quase nula. A saúde bucal sempre esteve às margens do processo de reorganização das ações de saúde, mostrando desinteresse e desconhecimento. Na luta pela Reforma Sanitária e a construção do SUS a participação da odontologia foi em ritmo bem mais lento que a da medicina e enfermagem. Esta falta de participação continua sendo um entrave para a efetiva integração da odontologia na ESF (FARIAS e SAMPAIO, 2011).

A odontologia pouco fez para se envolver na construção do processo, continuando como “programas” e não resolvendo os problemas. A odontologia continua assumindo os “pacotes” nacionais e internacionais que são adotados sem crítica e criatividade na prática, mostrando mais uma postura ingênua e corporativa do que construtiva do fazer e agir (PORTILLO, 1998).

Para o cumprimento dos princípios do SUS (equidade e universalidade), é necessário que a ESB conheça a realidade da sua área de responsabilidade (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Para Silva (2009) o maior desafio era obter recursos financeiros necessários para operacionalizar as ESB num país grande e complexo. Devido ao alto custo e complexidade, a assistência odontológica acabava ficando em segundo plano. Antunes e Narvai (2010) ressaltam que mesmo com o crescimento dos recursos destinados à saúde bucal, estes ainda não são suficientes para atender as necessidades da população.

Este fato pode ser demonstrado pelos dados obtidos pela Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (PNAD), que constatou que apenas 24,2% dos atendimentos odontológicos foram financiados pelo SUS, enquanto os não-odontológicos foram de 52,4% (ANTUNES e NARVAI, 2010).

De acordo com Farias e Sampaio (2011) se analisarmos o passado, os avanços são significativos, mas ainda incipientes considerando a grande demanda e as necessidades futuras.

Magalhães (2009) ressalta que o PSF tenta romper com o paradigma cirúrgico restaurador da saúde bucal pública introduzindo um modelo de promoção de saúde. A inserção da equipe de saúde bucal em uma equipe multiprofissional, além de criar algo “novo”, bate de frente com valores, lugares e poderes já consolidados, trazendo o desafio de se trabalhar em equipe (BRASIL, 2004b).

Na criação da ESB, segundo Magalhães (2009), tivemos duas modalidades de acordo com os profissionais envolvidos: Modalidade I (cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal) e Modalidade II (cirurgião-dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal).

Para o processo de implantação da ESB na ESF ter resultados satisfatórios para a população, é necessário identificar e analisar a situação do município, tais como: capacitação do pessoal, carência de profissionais, financiamentos entre outros (LOURENÇO *et al*, 2009).

Portillo (1998) observa a necessidade de discussão de quem trabalha em saúde bucal coletiva, com o objetivo de verificar se estamos no caminho certo, se os conceitos colocados são verdadeiros, para assim reconstruir, construindo uma inserção mais comprometida com a saúde coletiva no SUS. Ressalta que é necessária humildade e consciência política para construir uma sociedade condizente com os brasileiros.

3.4 AS DIFICULDADES DA INTEGRAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nas práticas predominantes da ESF, com ou sem ESB, a interdisciplinaridade ainda é uma realidade distante (FARIAS e SAMPAIO, 2011). Para estes autores a presença da ESB aumenta as contradições já presentes entre médicos e enfermeiros, entre profissionais de nível superior e nível médio.

Farias e Sampaio (2011) enfatizam que na prática diária, os CD entendem como equipe o constrangimento de várias pessoas usando o “mesmo espaço”. A ESB se responsabiliza apenas pelos problemas na boca, não complementando as práticas desenvolvidas pelos outros trabalhadores que atuam no PSF, sendo apenas um apêndice do programa.

O que aconteceu na determinação histórica da odontologia foi que ela ficou presa aos equipamentos e enraizada no seu espaço específico, tornando difícil retirar da mentalidade dos profissionais esta situação (PORTILLO, 1998).

Um dos problemas enfrentados para a integração da equipe do PSF é o processo de “precarização do trabalho na saúde”, contribuindo para falta de compromisso dos servidores com os usuários e serviços de baixa qualidade (BRASIL, 2004a). A precarização das relações de trabalho também foi citada por Souza e Roncalli (2007) como um dos principais problemas para o vínculo dos profissionais do PSF entre si e com a comunidade. No seu trabalho ressalta que 40% dos CD foram contratados por indicação, favorecendo as práticas clientelistas.

O concurso público foi reafirmado na terceira conferência de saúde bucal como único meio de contratação de profissionais de saúde bucal para o PSF (BRASIL, 2005). Propõem ainda que sejam definidas regras para os concursos públicos com provas de conhecimentos e de titulação específica para o cargo, além de análise curricular e perfil psicológico voltado para os princípios do SUS.

Cericato, Garbin e Fernandes (2007) destacam no seu trabalho que a maioria dos CD não tem curso de especialização, e aqueles que possuem não tem cursos relacionados com a saúde pública. Devido à alta rotatividade dos profissionais da equipe de PSF e ESB é que se têm dificuldades de criação de vínculo, tanto com a comunidade como entre os profissionais.

Cericato, Garbin e Fernandes (2007) e Silva (2009) concordam que o fato da ESB não estar inserida desde o início do PSF, causou problemas no processo de integração com os demais profissionais da equipe. Baldani *et al* (2005) e Lourenço *et al* (2009) acrescentam que a inserção tardia também pode ter determinado diferentes formas no processo de implantação das equipes nas diferentes regiões do país.

Magalhães (2009) afirma que as mudanças no modelo seriam de médio e longo prazo e que dificuldades seriam normais devido à fragilidade dos serviços de saúde bucal públicos no país.

Além das funções específicas da ESB, esta deve interagir com os profissionais de outras áreas, ampliando o conhecimento e fazendo uma abordagem completa do indivíduo (BRASIL, 2004b). A troca de informações, experiências e saberes entre os profissionais da saúde deve ser contínua para que o tratamento do indivíduo seja efetuado da melhor maneira possível.

A fragmentação não é apenas na assistência, mas ocorre também na gestão, pois a ESB entra no PSF como uma equipe à parte, com coordenação própria (FARIAS e SAMPAIO, 2011).

Para Garrafa e Moysés (1996) citado por Santos *et al* (2008) as ações de saúde bucal desenvolvidas no Brasil podem ser classificadas como “tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica”.

Magalhães (2009) ressalta ainda, que as ações da equipe de saúde bucal devem integrar as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família. Para Souza e Roncalli (2007) a mudança no processo de trabalho também se torna em grande desafio para as equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal.

Cericato, Garbin e Fernandes (2007) destacam no seu trabalho que os usuários desconhecem o PSF e a inserção da saúde bucal neste. Farias e Sampaio (2011) apontam que para superar o isolamento de saberes, é necessária a quebra do paradigma médico-centrado para uma perspectiva usuário-centrada. É substituir uma visão fragmentada para uma unitária do ser humano com enriquecimento recíproco de saberes e na transformação de conceitos.

Os autores destacam como uma das dificuldades de interação entre os profissionais das equipes de saúde da família seria a própria formação e características do trabalho do CD. Cericato, Garbin e Fernandes (2007) destacam que a ESB inserida na equipe de saúde da família continuou com a característica de atendimento individual, curativo e por demanda. Rocha e Goes (2008) questiona a formação tecnicista do CD no modelo biomédico comprometendo a estratégia do PSF e reduzindo o acesso.

Na Terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal foi discutida a questão da educação superior para a implementação do SUS. Os componentes técnicos da educação na graduação e pós-graduação não estão voltados para as reais necessidades de saúde da população, sendo responsabilidade do SUS superar essas deficiências de formação com qualificação profissional e educação permanente (BRASIL, 2005).

A atuação da equipe de saúde bucal não pode estar limitada ao trabalho técnico ou apenas ao campo biológico (BRASIL, 2004b). Para Magalhães (2009) é necessária uma reforma curricular nas instituições de ensino superior de odontologia, com preparação para as realidades e necessidades da população.

Nesta mesma linha, Santos *et al* (2008) afirmam que mesmo as universidades públicas têm formado profissionais com excessiva valorização da cura individual, na maioria das vezes desconsiderando as ações coletivas em saúde.

A formação profissional do CD biologista, individual e autônoma influencia no processo de trabalho desses sujeitos, causando isolamento e dificultando a troca de saberes (FARIAS e SAMPAIO, 2011).

Essa dificuldade de qualificação do profissional CD também é vista por Cericato, Garbin e Fernandes (2007). Os autores apontam que este profissional ainda se encontra envolvido basicamente com atendimento clínico, diminuindo as atividades de promoção e prevenção que são estabelecidas pelo PSF.

É importante ressaltar que a implantação da ESB sem capacitação prévia é uma prática comum. Lourenço *et al* (2009) afirmam no seu trabalho que 48,9% dos CD relataram não ter participado de nenhum treinamento sobre o PSF e não estão capacitados para planejar ações de acordo com os objetivos do programa.

O trabalho em equipes multiprofissionais não é abordado com a devida importância pelas universidades. Para Santos e Assis (2006) os trabalhadores compartimentalizam o conhecimento de cada área, justificando a fragmentação do corpo.

Observa-se uma grande demanda reprimida que acaba sufocando a ESB e dificultando a integração com a ESF nos programas de promoção e prevenção. Magalhães (2009) conta que na sua experiência observou uma grande demanda por procedimentos curativos.

Lourenço *et al* (2009) enfatizam que um dos grandes nós dos serviços públicos é a organização da demanda, observando que 74% das ESB que responderam o questionário do trabalho afirmaram que tem mais de uma forma para agendamento dos usuários. Afirma ainda que 39,9% das ESB entrevistadas continuam a optar pela livre demanda como forma de organização do atendimento.

A preferência dos usuários por exodontias se deve a construções históricas, pela dificuldade de acesso os usuários acabam por escolher o tratamento que “finalizem” com o seu sofrimento (SANTOS *et al*, 2008). Esta situação contribui de maneira significativa para o enclausuramento do CD no consultório, diminuindo sua ação nas atividades de promoção e prevenção junto com a equipe do PSF. Para Lourenço *et al* (2009) a necessidade curativa pode ser explicada pela histórica dívida assistencial em saúde bucal a que foi submetida a população.

3.5 AS POSSIBILIDADES PARA A INTEGRAÇÃO

Lourenço *et al* (2009) afirmam que a integração do CD com os demais profissionais da ESF proporciona ampliar o conhecimento e abordar o indivíduo como um todo. No trabalho em equipe o profissional não perde a sua atuação específica, apenas a resolução dos problemas assume uma nova dimensão.

Pires *et al* (2007) em seu trabalho afirmam que os Agentes Comunitários de Saúde deveriam ser capacitados pelo CD para conhecer mais sobre saúde bucal e que isto teria grandes benefícios para a população. O autor aborda em seu trabalho que os ACS gostariam de saber mais sobre saúde bucal para ajudar mais a comunidade.

Farias e Sampaio (2011) analisam que para a ESB ser realmente inserida na ESF, é preciso gestores comprometidos com a organização do SUS. Necessita ainda de trabalhadores valorizados para desenvolver seu conhecimento específico, mas com educação contínua e permanente, compromisso com a defesa da vida individual e coletiva.

Santos e Assis (2006) percebem no seu trabalho, pessoas que tentam estratégias variadas para mudar as práticas tradicionais e incorporar novas maneiras de fazer e agir em saúde. Para estas pessoas existe a necessidade de fazer mais do que está posto e buscar mais indivíduos para que abracem este projeto coletivo.

Farias e Sampaio (2011) afirmam que para que o trabalho da ESF e ESB sejam realmente multidisciplinar e não uma utopia, é necessária uma reconstrução dos papéis profissionais, criando um processo de participação e partilha de saberes.

Para que ocorra mudança das práticas odontológicas para um modelo interdisciplinar entende-se como necessário priorizar os dispositivos da integralidade e da equidade. O sentido oferecido por integralidade e equidade deve ser experimentado por todos os profissionais da equipe nas suas práticas, sendo incorporado no cotidiano do processo de trabalho em equipe (FARIAS e SAMPAIO, 2011).

4 DISCUSSÃO

Após a constituição de 1988 e a saúde entendida como direito de todos e dever do Estado, as mudanças no modelo de saúde começaram. A necessidade de organizar e universalizar o acesso eram imprescindíveis.

Todos os autores pesquisados afirmam que o PSF aparece como uma forma de reorganizar a atenção primária e focar as ações de saúde na família/comunidade e não no indivíduo e na doença. No primeiro momento a equipe é composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS.

Mais tarde, em 2001, aparece a ESB como um “anexo” à ESF segundo Araújo e Dimenstein (2006), Farias e Sampaio (2011) e Portillo (1998), com o intuito de melhorar a situação de saúde bucal. Esta situação demonstrada em pesquisas como “caótica”, pois apresentava pouco acesso da população aos serviços e baixa resolubilidade.

Problemas de integração entre as equipes, que na realidade é apenas uma, ficaram evidentes. Para os autores pesquisados, o perfil de trabalho do CD sempre foi fora do universo da interdisciplinaridade, pelo fato da característica do trabalho (isolado no consultório) e da própria formação tecnicista e autossuficiente.

A falta de planejamento na implantação das ESB dentro da ESF mostra-se como outro grave problema para esta integração segundo os autores pesquisados. O município que implanta a ESB não promove capacitações para o entendimento dos profissionais quanto a suas responsabilidades no programa e para com os princípios e diretrizes do SUS. Dos autores pesquisados apenas a OPAS/OMS (2006) coloca que na implantação das ESB ocorreram manifestações populares e de profissionais. Para os demais autores pesquisados os profissionais de odontologia não fizeram movimento para a implantação da ESB.

Outro aspecto importante é a educação permanente que normalmente é ignorada tanto pelos gestores como pelos próprios profissionais. Farias e Sampaio (2011) e Araújo e Dimenstein (2006) abordam nos seus trabalhos que a maioria dos CD que atuam no PSF não têm cursos de pós-graduação na área de saúde pública, transformando o seu trabalho como “bico” com preferência para o consultório particular.

A precarização das relações de trabalho nas ESF e ESB também é citada por Souza e Roncalli (2007) e Brasil (2004a) como fator para a perda de desempenho das funções que são exigidas pelo programa, como por exemplo, o vínculo que deve ser estabelecido entre profissional e usuários. A insegurança no emprego é uma situação corriqueira que deixa o profissional abalado e com pouco interesse pelo serviço público.

A realização de concursos públicos com análise de currículo e do perfil para atuar nos princípios do SUS, dando prioridade para profissionais que buscam especializar-se na área de saúde pública é apontada como uma possível solução.

Farias e Sampaio (2011) e Portillo (1998) concordam que os CD precisam buscar o entrosamento com os outros profissionais da equipe. É preciso adentrar no campo da promoção e prevenção de áreas ainda pouco exploradas pelos CD, como hipertensão, diabetes, combate ao tabagismo, etc. Estas atitudes não podem ser encaradas como “aumento de serviço”, e sim como uma procura por melhor atendimento das necessidades dos usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação de saúde bucal dos brasileiros foi definida como insatisfatória de acordo com as pesquisas e levantamentos epidemiológicos realizados pelo governo federal. Por essa razão, vislumbrou-se a necessidade de aumentar o PSF agregando a odontologia e com intuito de mudar o processo de trabalho desta dentro da saúde pública.

A ESB foi vinculada ao PSF como um anexo. Uma equipe à parte e com objetivo de melhorar a saúde bucal, promovendo maior acesso ao atendimento odontológico. A questão da interdisciplinaridade foi colocada como importante, mas não houve (e não há) capacitação e educação permanente para os CD e para a ESF para que este trabalho em equipe saia do sonho.

Os CD continuam a trabalhar de forma isolada, dentro do consultório e de forma autônoma, trancados no seu “mundinho”. Falta por parte destes profissionais a busca pela integração e pelo trabalho em conjunto.

É imprescindível para que aconteça realmente o trabalho de equipe o envolvimento dos gestores para apoiar, organizar e exigir que os profissionais busquem a integração, através de reuniões, palestras e planejamento de metas em conjunto.

Para que a integração entre as equipes não se torne uma utopia, é necessário que os profissionais entendam que o trabalho multiprofissional não significa a perda de autonomia e do conhecimento. Significa uma nova forma de atendimento, de tratamento do usuário como um todo e não em partes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. F. *et al.* Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 3. Recife, julho/setembro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300003&tlng=pt> Acesso em: 06 de junho de 2011.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2. São Paulo, abril 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200018&tlng=pt> Acesso em: 13 de abril de 2011.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1. Rio de Janeiro, janeiro/março 2006.

BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.4. Rio de Janeiro July/Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400005&tlng=pt> Acesso em: 24 de março de 2011.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Editora MS, Brasília, 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rel_final_cnsb.pdf>

Acesso em: 09 de abril de 2011.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Recursos humanos: um desafio do SUS**. Brasília, 2004a. 28p.

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

CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF**, v. 12, n. 3: p. 18-23, setembro/dezembro 2007.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.7, Rio de Janeiro, julho de 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020&lang=pt&lng=pt> Acesso em: 07 de setembro de 2011.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 59, n.1, p. 109-115, Porto Alegre, janeiro/março 2011.

GARRAFA, V.; MOYSÉS, S. J. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. *In*: SANTOS *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n. 3. São Paulo, junho 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lang=pt&lng=pt> Acesso em: 9 de abril de 2011.

LOURENÇO, E. C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1. Rio de Janeiro, setembro/outubro, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009> Acesso em: 17 de maio de 2011.

MAGALHÃES, T. P. **Especialização em Atenção Básica Saúde da Família: A inserção da saúde bucal no PSF.** Governador Valadares, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2425.pdf>> Acesso em: 24 de março de 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS. Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf> Acesso em: 04 de maio de 2011.

PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009.

PIRES, R. O. M. *et al.* O conhecimento dos Agentes Comunitários sobre Saúde Bucal: Uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF. **Revista Ciência, cuidado e saúde.** V. 6, n.3, p. 325-334, julho setembro de 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3993/2714>> Acesso em: 23 de fevereiro de 2011.

PORTILLO, Jorge A. C. **A Inserção da Odontologia no SUS – Avanços e dificuldades.** 99f. Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília. 1998. Disponível em: <http://www.pgops.dod.ufrn.br/angelo/td_1998_cordon.pdf> Acesso em: 24 de maro de 2011.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (12), p. 2871-2880, dezembro 2008.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1. Rio de Janeiro, janeiro/março 2006. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lang=pt&tlng=pt> Acesso em: 24 de março de 2011.

SANTOS, A. M. *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n. 3. São Paulo, junho 2008. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lang=pt&tlng=pt> Acesso em: 9 de abril de 2011.

SILVA, M. T. A. S. **Odontologia no programa de saúde da família: A importância da inclusão das ações de saúde bucal na atenção básica.** Faculdade de Medicina de Campos. Campos, 2009. Disponível em: www.fmc.br/cursos/posGraduacao/pdf/tcc11.pdf> Acesso em: 24 de março de 2011.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 11. Rio de Janeiro, janeiro/novembro 2007.

VIANA, A. L. D. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700014&lang=pt&tlng=pt> Acesso em: 07 de setembro de 2011.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 METODOLOGIA.....	9
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3.1 O Sistema Único de Saúde.....	10
3.2 O Programa de Saúde da Família.....	11
3.3 A inclusão da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família...12	
3.4 As dificuldades da integração da equipe de saúde bucal com a equipe de saúde da família.....	14
3.5 As possibilidades para a integração.....	18
4 DISCUSSÃO.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23