

MOACYR BAETA NEVES FILHO

**A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

CONSELHEIRO LAFAIETE-MG

2010

MOACYR BAETA NEVES FILHO

**A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2010

MOACYR BAETA NEVES FILHO

**A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck

Banca Examinadora

Prof. _____

Prof. _____

Prof. _____

Aprovado em Conselho Lafaiete ____/____/____

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2010

Dedico à minha família, que tanto apoio e incentivo demonstrou durante mais esta etapa da minha caminhada em busca do aprimoramento profissional.

Agradeço ao meu orientador pela dedicação e profissionalismo durante esta etapa de enriquecimento profissional, aos funcionários da instituição educacional, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conquista de mais uma etapa de minha vida profissional.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

ALBERT EINSTEIN

RESUMO

O estudo realizado sobre a incorporação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família foi desenvolvido buscando a reflexão sobre os principais benefícios em relação à melhoria do atendimento das ESF aos usuários. O objetivo geral do estudo buscou analisar a necessidade da incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família, como fator de contribuição para o melhor atendimento às necessidades dos usuários. Os objetivos específicos visaram demonstrar a importância do ESF para a garantia da melhoria da qualidade de vida em relação à saúde dos usuários; apresentar as doenças que são relacionadas à falta de cuidados com a saúde bucal; e, demonstrar a importância da saúde bucal para a melhoria da saúde da população. A metodologia utilizada tratou-se de uma análise da produção científica, evidenciando os instrumentos de coleta de dados, com sites acadêmicos, revistas eletrônicas, dentre outras. A importância da incorporação da saúde bucal nas ESF foi demonstrada de maneira abrangente, justificando através da análise da literatura, a relevante contribuição dos profissionais no que se refere ao tratamento dentário, disponibilizando recursos para que a população possa exercer o seu direito de ter saúde e atendimento irrestrito a todos, como é garantido pela Constituição Federal de 1988. Concluiu-se há a necessidade de ampliação da efetivação dos cirurgiões-dentistas nas ESFs, para que se possa atender aos usuários de maneira mais dinâmica, através da orientação, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, devolvendo o sorriso e a alta-estima dos indivíduos, que em muitos casos, sofrem com o atendimento insatisfatório e limitado, devido à falta de profissionais para o atendimento de suas necessidades.

Palavras-chaves: Saúde bucal; Estratégia Saúde da Família; Atendimento; Usuários.

ABSTRACT

The study accomplished about the incorporation of the buccal health in the Family's Health Strategy, it was developed looking for the reflection on the principal benefits in relation to improvement of the attendance of ESF, to the users. The general objective of the study looked for to analyze the need of the incorporation of the buccal health in the Program health of the Family, as contribution factors for the best attendance the users' needs. The specific objectives sought to demonstrate the importance of ESF for the warranty of the improvement of the life quality in relation to the users' health; to present the diseases that are related to the lack of cares with the buccal health; and, to demonstrate the importance of the buccal health for the improvement of the health of the population. The used methodology was treated of the research of exploratory stamp qualitative, evidencing the instruments of collection of data, with academic sites, electronic magazines, among others. The importance of the incorporation of the buccal health in ESF, it was demonstrated in an including way, justifying through the analysis of the literature, the professionals' important contribution in what refers to the dental treatment, disport resources so that the population can exercise your right of having health and unrestricted attendance to all, as it is guaranteed by the Federal Constitution of 1988. It was ended, therefore, that the importance of the incorporation of the buccal health, is treated of an indispensable strategy, that, same being already executed, he/she needs to be enlarged so that one can assist the users in a more dynamic way, through the orientation, prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation, returning the smile and the individuals' high-esteem, that in many cases, they suffer with the unsatisfactory and limited attendance, due to the professionals' lack for the attendance of your needs.

Key Words: Oral health; Family's Health Strategy; Attendance; Users.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião Dentista

CNS - Conferência Nacional de Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PH – Potencial Hidrogeniônico

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SES-MG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 A importância da ESF para a melhoria da qualidade de vida em relação à saúde dos usuários	15
3.2 Principais doenças bucais	20
3.2.1 Cárie dentária	21
3.2.2 A doença periodontal	24
3.2.3 O câncer bucal	25
3.2.4 A má-oclusão	26
4 DISCUSSÃO	28
4.1 A importância da saúde bucal incorporada às ações realizadas pelas ESF	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

As Estratégias da Saúde da Família – (ESF) foram criadas com o intuito de prestar atendimento à saúde nas micro-regiões dos municípios, propiciando melhores condições de assistência à população através da oferta de cuidados clínicos essenciais para a melhoria da vida dos indivíduos.

Conforme analisam Linard, Amorim e Machado (2009, p. 1), "a ESF é o novo paradigma sanitário do Sistema Único de Saúde (SUS), para organizar a política do setor de saúde do Brasil. Baseado e amparado pelos princípios da reforma sanitária, tais como: universalidade, integralidade das ações, equidade da atenção e participação popular”.

Através das ESF, o Ministério da Saúde, preconiza o atendimento da população oferecendo através da atenção primária e secundária, recursos mais eficientes que, oportunizam o controle e a prevenção de doenças através do acompanhamento das equipes de saúde.

Ressalta-se que a proposta de prestar atendimento à população, para que alcance resultados positivos e a satisfação dos usuários evidenciam-se a necessidade de promover a prestação de serviços que abrangem realmente as necessidades dos indivíduos.

A importância da saúde bucal é enfatizada não apenas devido à questão da estética, a qual possibilita o resgate da auto-estima de inúmeros usuários, mas também para o combate de doenças que se apresentam como problemas de saúde pública, como a cárie dentária, o câncer de boca, dentre outras.

A inclusão dos cirurgiões-dentistas na ESF enfatiza o atendimento integral as necessidades dos usuários, a promoção da saúde, através da recuperação do sorriso que muitos perderam devido à falta de tratamento, ou por falta de recursos financeiros, ou por desconhecimento das orientações de prevenção. Dentro deste contexto, Souza e Roncalli (2007), demonstram a importância da saúde bucal, destacando:

Entendendo a saúde bucal como integrante do processo de prestação de serviços de saúde a população, a sua incorporação à ESF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucais excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque a ESF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário (SOUZA e RONCALLI, 2007).

Dentro deste contexto, surge à seguinte indagação: Como a incorporação da saúde bucal na ESF pode contribuir para a melhoria do atendimento da saúde da população?

A saúde bucal dos indivíduos é um problema grave, muitas vezes ocasionado pela falta de serviços e cuidados suficientes para seu controle. Neste sentido, deve ser motivo de preocupação dos gestores a criação de ações e estratégias que propiciem a prevenção e o controle das doenças bucais.

Justifica a escolha do tema proposto, pelo fato de que, com a incorporação da saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as campanhas relacionadas à prevenção da doença bucal, podem alcançar melhores resultados, uma vez que, a falta de informação da população sobre a higienização da boca, ou a utilização do flúor e a prática da escovação diária e correta, são fatores apontados como sendo os principais riscos para a proliferação de doenças.

Além disto, uma vez que as doenças bucais também são determinadas pela qualidade de vida das pessoas, cabe à Estratégia de Saúde da Família, trabalhar com os princípios da Vigilância à Saúde, fazendo o reconhecimento do território sob a responsabilidade de cada UBS, no sentido de delimitar áreas de maior risco social, conhecer e mapear os problemas de saúde, identificar outras instituições presentes (escolas, creches, igrejas, associações, ONG, etc.) e, por meio do planejamento, definir as formas de acesso aos serviços, propor ações específicas e intersetoriais de cuidado integral à população e fazer a gestão do processo de trabalho das equipes de saúde. Neste sentido, a incorporação da Saúde Bucal à ESF deve possibilitar sua inclusão nestas ações de cuidado integral.

Sou Cirurgião Dentista (CD), membro de uma equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família na Unidade de Saúde do município de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais. Os motivos que me levaram a propor a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) encontram eco nos problemas e nas dificuldades que minha equipe enfrenta cotidianamente, para vencer os desafios tanto de produzir um processo de trabalho integrado, com equipe multiprofissional, centrado na realidade e preparado para responder às demandas de saúde da população, quanto de reorganizar as ações e os serviços de acordo com os princípios do modelo de atenção proposto pelo SUS.

O presente estudo visa ressaltar a necessidade da incorporação da saúde bucal nas ESF, o objetivo geral do presente estudo é analisar a necessidade da incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família, como fator de contribuição para o melhor

atendimento às necessidades dos usuários. Os objetivos específicos visam demonstrar a importância da ESF para a garantia da melhoria da qualidade de vida em relação à saúde dos usuários; apresentar as doenças que são relacionadas à falta de cuidados com a saúde bucal; e, demonstrar a importância da saúde bucal para a melhoria da saúde da população.

2 METODOLOGIA

Este estudo possuirá o cunho exploratório, pois “será realizado em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa” (VERGARA, 2000, p.47).

Martín Pérez (2006, p.32) complementa que o estudo exploratório “tenta abrir pistas ou caminhos em assuntos que ainda não foram pesquisados ou foram pouco estudados, ou também, abordar, sob um enfoque novo ou aspecto particular, o que já fora pesquisado ou enunciado como teoria”.

O estudo será apresentado mediante os seguintes passos: a pesquisa bibliográfica, a análise e discussão frente à literatura, análise e discussão, as considerações finais, e a apresentação das referências bibliográficas.

Tratará uma revisão narrativa de literatura em que será realizada pesquisa detalhada na bibliografia, utilizando artigos científicos, sites (Google e Scielo), revistas eletrônicas. Dentro dessa perspectiva, serão considerados seguintes itens:

- Estudos científicos (artigos científicos, teses, monografias, recursos de páginas eletrônicas e recursos educacionais abertos);
- Idioma limitador (português);
- Período - 2000 a 2010;
- Descritores – saúde bucal, ESF, Avaliação.
- Relevância dos artigos ao objetivo proposto e sua relação ao tema a ser estudado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A importância da ESF para a melhoria da qualidade de vida em relação à saúde dos usuários

A saúde da população brasileira é alvo de discussões há várias décadas, verificando que inúmeras transformações já foram realizadas buscando a melhoria do atendimento da população.

Para tanto, com o aumento populacional, novas estratégias necessitam ser implantadas com o intuito de propiciar aos usuários o melhor atendimento em relação à saúde, favorecendo a melhoria de sua qualidade de vida, e estabelecendo o cumprimento de um dos principais direitos do ser humano, o direito a saúde com qualidade (MINAS GERAIS, 2006).

É notório que, as reformas em qualquer instância pública, não ocorrem de forma rápida, sem planejamento e tempo para a sua efetivação. Dentro deste contexto, o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) trata-se de um dos programas desenvolvidos pelo governo federal que, através do Ministério da Saúde, visa o atendimento da população, de forma a aproximar os profissionais da saúde das comunidades, estabelecendo o estreitamento dos laços de confiança e respeito, promovendo a melhoria da qualidade de vida de todo e qualquer indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com Facó et al (2005) na década de 1980, através da democratização do país, a sociedade elaborou o início do processo estratégico para a construção de um sistema eficiente de saúde.

Da VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, emanaram as diretrizes e o ideário do novo sistema de saúde no Brasil, fundamentado no princípio da universalidade, equidade, descentralização, hierarquização e controle social. Estes princípios foram reafirmados e consagrados na Constituição de 1988, verdadeiro arcabouço legal para a garantia, em longo prazo, da construção de um sistema mais justo (FACÓ et al, 2005, p. 71).

A 8.^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a Constituição Federal conferiram legitimidade ao modelo de construção do processo de melhoria das condições de saúde da população, e significam as bases teóricas e jurídicas que sustentam até hoje a construção de

um programa de saúde capaz de sanar as deficiências da saúde brasileira (FACO e tal, 2005).

Segundo notas do Ministério da Saúde (2000), o modelo assistencial anterior não se apresentava como eficiente para o atendimento das necessidades prioritárias da população. Por isso, a necessidade de criar novas estratégias que propiciassem o atendimento básico da população era um fator emergencial, para que a saúde pública pudesse apresentar o desenvolvimento através do atendimento integral dos usuários.

Assim, na década de 90, teve início a construção de uma nova proposta, a criação ESF Programa Saúde da Família (PSF). O PSF possuía como objetivo maior, a melhoria do atendimento da população, aproximando os profissionais da saúde das comunidades, realizando a atenção básica com eficiência, e reduzindo o fluxo de pacientes nos hospitais, o que ocasionava, demora insatisfação, atendimento precário e deficitário dos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2003) em 1994, foram criadas as primeiras unidades básicas de atendimento ao usuário nas comunidades, as ESF com a proposta de melhorar o estado de saúde de toda a população, com a assistência para o atendimento das famílias, proteção e promoção de saúde, bem como a prevenção, intensificação das campanhas e tratamento das doenças diagnosticadas e que necessitam de acompanhamento constante.

A ESF teve início quando o Ministério da Saúde formulou em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (ROSA e LABATE, 2005, p.03).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pode se compreendido como o passo inicial para a criação e execução de uma estratégia ainda maior, englobando não apenas as regiões e Estados mais carentes, mas todo o país, respeitando o princípio de igualdade de direito e oportunidade que rege a Constituição Federal de 1988.

Com os resultados de busca de atendimento eficiente nas regiões menos favorecidas alcançados pelo PACS, foi criada a ESF, enquanto o projeto de saúde integral, extensivo a todas as regiões do país (BRASIL, 2000).

De acordo com Calado (2002) apud Medeiros et al (2007), os avanços conquistados pelas ESF são consideráveis, pois apresentam resultados em concordância com a sua proposta de aproximação das equipes de saúde da comunidade, realizando o atendimento e a promoção de campanhas que conscientizem a população da necessidade dos cuidados com a saúde.

Alguns avanços em relação às ações propostas pelas ESF são apresentados de maneira positiva para o sistema de saúde, como a redução dos atendimentos de atenção básica realizada pelos hospitais (MEDEIROS e tal (2007).

A partir do momento que o atendimento de atenção básica é realizado nas ESF, a qualidade, agilidade e eficiência das ações realizadas podem ser constatadas pela população, principalmente por poder atender as necessidades dos pacientes, orientando-os e até mesmo encaminhando-os de forma mais rápida ao atendimento adequado.

O atendimento da ESF deve ser multiprofissional, constituído com base nos seguintes princípios: enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; integridade da atenção; ênfase na prevenção sem descuidos das ações de diagnósticos precoces e tratamento oportuno das doenças e agravos mais comuns dentro da capacidade resolutive da Equipe da Saúde da Família; atendimento das clínicas básicas e parceria com a comunidade e as possibilidades locais (FACÓ et al, 2005, p. 71).

É notório que, os cuidados relacionados à saúde, necessitam ser efetivados por todos. Desta forma, tanto para as crianças, os adolescentes, os adultos ou os idosos, é dever do Estado, é direito constitucional de todo e qualquer cidadão garantir a oportunidade de assistência eficiente e gratuita. O acompanhamento realizado pela ESF se torna eficaz devido ao fato de que se trata de uma equipe permanente (FACÓ et al, 2005).

A eficiência da proposta implantada em conjunto com a ESF, configura-se na permanência de uma equipe multidisciplinar de assistência contínua à comunidade na qual se encontra localizada, de maneira a propiciar a diminuição do fluxo nos hospitais, realizando a atenção primária, possibilitando aos usuários, a oportunidade de realizar suas consultas, prevenções, diagnósticas e tratamentos, de forma mais agilizada (FACÓ et al, 2005).

Para o Ministério da Saúde (2003), este cenário possibilita a atuação dos profissionais da saúde, principalmente em relação ao fato de que sua função na ESF

apresenta objetivos claros, ou seja, “identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções em conjunto com a família, informando e promovendo a educação em saúde”.

Para o Ministério da Saúde, a ESF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. ESF pode ser definido como: um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzidos em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (ROSA e LEBATE, 2005, p. 03).

Para tanto, a necessidade de possuir uma equipe de saúde com profissionais capacitados, é fundamental para o avanço das propostas criadas pela ESF. Principalmente, no que tange a questão das ações ligadas à humanização e ao acolhimento das famílias que pertencem às comunidades assistidas pelo Programa Saúde da Família (ROSA e LEBATE, 2005).

O fator humanizador, preconizado pelo Ministério da Saúde, é fundamental para que a relação entre profissionais e usuários seja estreitada, de forma, a permitir que o acompanhamento proposto, possa resultar no alcance dos objetivos e metas propostos pelo governo (MEZOMO, 2001).

É notório que, reformas são necessárias para que se cumpra o compromisso de atender bem, de forma eficiente e eficaz. No entanto, a importância de se possuir uma infra-estrutura que permita a realização dessas atividades, trata-se de um desafio para os órgãos públicos, principalmente em decorrência da falta de recursos financeiros (ROSA e LEBATE, 2005).

A ESF configura, na atualidade, um avanço do sistema público de saúde, mesmo havendo em sua estrutura, fragilidades visíveis como, por exemplo, a falta de profissionais para o atendimento da comunidade de forma mais satisfatória. Apesar disso, é notório que a qualidade da saúde da população, vem demonstrando melhorias significativas (ROSA e LEBATE, 2005).

Intensificar as estratégias de atendimento à população permite ao Estado, o desenvolvimento e o cumprimento de ações relacionadas ao atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), propiciando a promoção de medidas preventivas, inibindo o avanço das epidemias e monitorando a saúde dos cidadãos (MINAS GERAIS, 2006).

A ESF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, a ESF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando à qualidade de vida da comunidade (ROSA e LEBATE, 2005, p. 07).

Os avanços identificados na estratégia de criação da ESF são enfatizados de forma a promover a compreensão de que melhorias gradativas vão sendo apresentadas, mas que ainda, não atinge de maneira satisfatória a todos os usuários. Para tanto, é preciso que fatores como a integralidade seja evidenciada como forma de buscar a melhoria para as ESF, através do planejamento das ações, do diagnóstico da realidade de cada comunidade, da contratação e capacitação de novos profissionais que, possam atuar de forma dinâmica e eficaz no atendimento da população, a qual possui a ESF, como sua única forma de garantir a sua qualidade de vida, e buscar, através da promoção da saúde a melhoria do seu bem-estar (ROSA e LEBATE, 2005)

A integralidade, necessária para o aprimoramento das ESF, é comentada por Palú (2004, p. 55) como sendo:

- Gestão intersetorial: promoção da saúde como uma estratégia mais ampla de intervenção para o enfrentamento dos problemas sociais que incidem sobre a saúde das populações e que desafiam os diferentes setores a uma ação compartilhada, visando à construção coletiva de uma nova forma de compreender e abordar a saúde, tendo a qualidade e a melhoria das condições de vida e saúde da população como seu eixo norteador.
- Intersetorialidade: ação que se materializa nas potencialidades do trabalho no território de atuação que guarda a possibilidade da definição conjunta do problema de saúde. Este processo, por sua vez, requer a identificação e co-responsabilização dos parceiros, utilizando-se de instrumentos epidemiológicos e narrativos para construir com a comunidade o diagnóstico de saúde, base para a intervenção intersetorial local.
- Autonomia: uma perspectiva de qualificação da atenção que reconheça a autonomia enquanto uma capacidade que se tem de governar a si próprio.

- Cura e cuidado: o cuidado implica na compreensão do ser humano nos seus direitos, na sua especificidade, na sua integralidade. Orientar-se pelo cuidado é romper com a lógica de formação excessivamente baseada na hegemonia biomédica, no autoritarismo das relações, o poder construído a partir de um sabor que silencia.
- Mobilização da comunidade: uma estratégia de promoção da saúde que vise à mobilização e o incremento da ação comunitária, precisa considerar este imaginário e trabalhar as representações sociais e sobre o processo saúde e doença da população.

Através das ações apresentadas, a possibilidade de haver melhorias no atendimento e na qualidade, no aumento do capital humano, o qual é formado pelos profissionais que atuam dentro das equipes multidisciplinares, são propostas que podem se tornar realidade, atendendo as necessidades tanto da própria estrutura dos serviços de saúde, bem como dos usuários, que buscam nas equipes da ESF, o apoio, o incentivo, a compreensão e o estímulo, para vencer as barreiras que lhes são impostas devido às conseqüências relacionadas à falta de cuidados bucal.

3.2 Principais doenças bucais

Através de estudo já desenvolvido, percebeu-se a necessidade da incorporação da saúde bucal nas ESF, cada vez mais relevante, enfatizando a realidade de que, para a realização de um atendimento eficiente à população, as unidades de atenção básica devem estar compostas por diferentes especialistas.

É notório que, para a maioria da população, o tratamento odontológico é apresentado como sendo de alto custo frente aos rendimentos salariais dos indivíduos. Por isso, são apresentados índices alarmantes sobre o número de indivíduos que não realizam visitas periódicas de prevenção das doenças bucais (MINAS GERAIS, 2006).

Muitos usuários justificam que, a falta de frequência nos consultórios odontológicos das ESF, se apresenta devido à falta de profissionais nas unidades, ou pelas longas filas de espera, que desestimula os usuários que acabam esperando por tempo superior ao programado, para a realização de consultas (LINARD, AMORIM e MACHADO, 2009).

O número de vagas para a consulta odontológica disponibilizadas pelas unidades de saúde, não atendem à demanda da comunidade na qual se encontra instalada. Daí percebe-se que muitos usuários deixam de realizar a prevenção, contribuindo para o aumento da incidência de doenças ocorridas devido à falta de cuidados e prevenção da saúde bucal (BRASIL, 2006).

Problemas bucais podem causar dor, infecção, dificuldade em falar ou mastigar, limites na alimentação, ausência na escola e aparência ruim, problemas esses que podem influenciar na saúde geral, nos estudos, no trabalho, na vida social e na qualidade de vida. A falta de acesso aos meios para manter a saúde bucal pode significar um processo de exclusão social (BRASIL, 2006, p. 13).

Os efeitos da falta de cuidado com a saúde bucal geram problemas que atentam para a necessidade de promover aos usuários do SUS, condições de reduzirem suas necessidades frente ao atendimento nas ESF (BRASIL, 2006).

Dentre estes problemas, algumas das doenças e agravos bucais devem ser relacionadas. São eles: cárie dentária; doença periodontal; câncer bucal; e, má-oclusão. Tais doenças são apresentadas como sendo as mais diagnosticadas, fato este, justificado pela falta de frequência de consultas por parte da comunidade, devido ao número insatisfatório de profissionais cirurgiões-dentistas para o atendimento da demanda da clientela.

3.2.1 Cárie dentária

A cárie é considerada como sendo uma das doenças mais presentes na população, atingindo indivíduos de diferentes idades, a mesma, trata-se de uma infecção bacteriana, a qual é resultado do desequilíbrio do pH que possui a função de proteger os dentes. De acordo com Brasil (2006, p. 63):

Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial. Entre os princípios determinantes podemos citar a presença de microorganismos (placa bacteriana), a concentração de flúor na cavidade bucal, a frequência de ingestão de açúcar, o fluxo e a capacidade tampão da saliva.

Segundo Freitag e Nummer (2008, p. 26), “na saúde bucal, esta patologia, por sua importância estratégica na formação e desenvolvimento da face humana, requer medidas

mais eficazes que proporcionem a diminuição da sua prevalência, especialmente em crianças”.

Dados do Brasil (2006) demonstram que a necessidade de incorporação da saúde bucal apresenta-se cada vez mais expressiva, os dados revelam que:

Em relação à cárie dentária, quase 22% das crianças de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo comprometido por cárie, sendo aos 05 anos essa proporção aumentada para 52,3%. O índice CPO-D aos 12 anos foi de 2,01%; nos adolescentes (15 a 19 anos) foi de 5,90%; nos adultos (35 a 44 anos) foi de 20,78% e nos idosos (65 a 74 anos) foi de 29,19% (MINAS GERAIS, 2006, p. 13).

Os dados apresentados sobre a cárie dentária demonstram que o Brasil tem sido avaliado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, como sendo um país com índices elevados de prevalência de doenças bucais, principalmente em relação à cárie dentária, a qual se desenvolve como um dos fatores de maior frequência entre a população (MINAS GERAIS, 2006).

Ainda com relação à cárie dentária, cabe destaque às importantes diferenças regionais. O CPO médio aos 12 anos nas capitais é de 1,7 enquanto que, no interior, é de 2,2 (uma diferença de 27%). Comparando-se as regiões, são expressivas as diferenças nas médias: o Norte (com 3,2) e o Nordeste (com 2,7) e também o Centro-Oeste (com 2,6) têm situação pior que as regiões Sudeste (1,7) e Sul (2,0). Os valores extremos (Norte e Sudeste) mostram uma diferença de cerca de 90%. Além disso, no Nordeste a proporção de dentes restaurados em relação ao CPO total é menor que no Sudeste, indicando que o maior ataque da doença combina-se com menor acesso aos serviços odontológicos. Comparativamente ao observado em 2003, esse padrão de diferenças regionais se manteve(BRASIL, 2010, p. 02).

Dentro deste enfoque, os principais fatores de risco relacionados à cárie dentária, são: fatores culturais e socioeconômicos, falta de acesso ao flúor, consumo excessivo e frequente de açúcar e xerostomia (MINAS GERAIS, 2006).

Os fatores culturais e socioeconômicos são apresentados como sendo um dos fatores que propiciam o aparecimento de lesões de cárie. A falta de recursos financeiros para o tratamento da saúde bucal é um importante fator que explica o índice elevado do surgimento da doença, principalmente devido ao fato de que, muitos indivíduos não possuem a frequência de consulta odontológica, ou pior, nunca foram ao consultório odontológico.

Em relação à falta de acesso ao flúor, este fator é priorizado principalmente nos jovens e adultos, uma vez que, em relação às crianças em idade escolar, evidencia-se a sua

prática através dos agentes da saúde bucal, que aplicam o flúor semanalmente nas escolas, além de intensificar a campanha da escovação (MINAS GERAIS, 2006).

O consumo excessivo e frequente de açúcar configuram-se como um dos maiores vilões na luta em relação à prevenção da cárie, principalmente as crianças, que costumam ingerir demasiadamente alimentos com altos teores de açúcar, o que contribui para o desequilíbrio da placa pH de proteção dos dentes.

E a xerostomia, que é definida por Miguel Júnior (2009, p. 02) como “a diminuição do fluxo salivar que, além de aumentar as cáries, doença periodontal, saburra na língua e mau hálito, impede uma mastigação adequada dos alimentos, que obrigam a pessoa mudar a consistência de sua dieta, que vai causar problemas digestivos”.

O reflexo da necessidade das ações realizadas pela saúde bucal na SF pode ser verificado através das medidas de prevenção, que são citadas no documento da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2006, p. 65) como sendo:

- Vigilância sobre os sinais de risco: a equipe da saúde bucal na ESF possui contato direto com os usuários, o que permite que os mesmos passem a conhecer a sua realidade, o que favorece a vigilância sobre os principais sinais de risco, principalmente os fatores culturais e socioeconômicos, bem como o aumento da ingestão de açúcar.
- Universalização do acesso à água fluoretada: trata-se da intensificação das campanhas, evidenciando a necessidade do flúor para a saúde bucal.
- Uso regular de dentifrício fluoretado: apesar do uso de dentifrício fluoretado ser uma ação individual, é importante que a equipe da saúde bucal realize um trabalho voltado para garantir as condições para que o usuário possa exercê-la, através da universalização das ações educativas e do acesso à escova e dentifrício fluoretado.
- Ações a favor de dietas saudáveis: dessa maneira, através da aproximação da relação entre profissionais e comunidade, podem ser desenvolvidas campanhas que contribuam para a conscientização da população da necessidade de uma alimentação saudável, equilibrada, para que se evite dessa forma, não apenas as doenças bucais, mas também demais doenças que atingem o organismo.

Quando os casos de cáries se encontram em estágios avançados, enfatiza-se a necessidade do tratamento, que é realizado pelos cirurgiões-dentistas, com a restauração do dente quando necessário.

Através da reabilitação dos indivíduos em relação à cárie dentária, os mesmos passam a perceber as transformações em sua própria vida, como o resgate da auto-estima.

3.2.2 A doença periodontal

A doença periodontal apresenta-se relacionada a diferentes padrões de evolução clínica, sendo que o agente que propicia o seu surgimento é identificado pela placa bacteriana. Tal doença, não é mais considerada como sendo contínua, mas mesmo não se apresentando de maneira freqüente, necessita da intervenção para que se possa controlar a sua manifestação (COLUSSI e FREITAS, 2002).

Ressalta-se que, o principal fator para a prevenção da doença periodontal é o controle da placa. A eliminação completa da formação da placa não é possível pelos métodos mecânicos individuais, e nem necessária, pois a saúde periodontal é compatível com baixos níveis de placa (MINAS GERAIS, 2006, p. 66).

Pesquisas relatam que a importância da incorporação da saúde bucal na ESF, é ressaltada, mediante campanhas de prevenção e tratamento relacionadas à doença periodontal, uma vez que, estudos epidemiológicos comprovam que as bactérias de placa dental, podem se apresentar em relação ao desenvolvimento de doenças sistêmicas, como a diabetes, infarto, dentre outras (MINAS GERAIS, 2006).

Os principais fatores de risco são associados, a questões culturais e socioeconômicas, a falta de controle de placa, a qual necessita ser monitorada através de consultas regulares ao dentista, a diabetes, a imunodepressão e estresse, a qual afeta consideravelmente a produção da placa bacteriana, e o tabagismo (FACÓ et al, 2005).

Em relação a sua prevenção, de acordo com o estudo Brasil (2006) a mesma é realizada através do controle da placa, cujo monitoramento pode ser realizado pelo usuário, após as orientações dos profissionais que atuam na equipe de saúde bucal, de maneira a promover a conscientização do usuário, bem como oferecer-lhe condições para a realização da prevenção, enfatizando a busca da promoção da saúde, o acesso à escovação e ao dentifício fluoretado.

O tratamento realiza-se através do controle da doença, e sua reabilitação é conquistada através do procedimento cirúrgico, através da restauração (MINAS GERAIS, 2006).

3.2.3 O câncer bucal

O câncer bucal apresenta-se como um dos fatores preocupantes

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua oral e assoalho da boca). O câncer de lábio é mais freqüente em pessoas brancas, e registra maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior. O câncer em outras regiões da boca acomete principalmente tabagistas e os riscos aumentam quando o tabagista é também alcoólatra (INCA, 2010, p. 01).

De acordo com o Inca (2010), pessoas com mais de 40 anos de idade, fumantes, com dentes fraturados, e portadores de próteses mal-ajustadas devem evitar o fumo e o álcool, promover a higiene bucal, ter os dentes tratados e fazer uma consulta odontológica de controle a cada ano. Outra recomendação é a manutenção de uma dieta saudável, rica em vegetais e frutas. Para prevenir o câncer de lábio, deve-se evitar a exposição ao sol sem proteção (filtro solar e chapéu de aba longa). O combate ao tabagismo é igualmente importante na prevenção deste tipo de câncer.

Uma característica relacionada ao câncer bucal se apresenta no fato de que as primeiras lesões não são percebidas, não apresentam dores, e, portanto, a necessidade de se atentar para os primeiros sintomas é fundamental para que não ocorra o desenvolvimento da doença, reduzindo de maneira considerável a possibilidade de cura.

A falta de diagnóstico precoce do câncer de boca é conseqüência de uma conjugação de fatores, entre eles a falta de acesso da população adulta à assistência odontológica, a desarticulação entre as ações de prevenção e diagnóstico e o despreparo dos profissionais da saúde em detectar o câncer de boca em seus estágios iniciais (BRASIL, 2006, p. 68).

De acordo com a Manual Saúde em Casa da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) (2006, p. 68), os principais fatores de risco são:

- Fatores culturais e socioeconômicos: muitos casos de câncer bucal são originados basicamente pelas condições de vida, em que fatores como cultura, classe social e educação se manifestam;
- Tabagismo: o alcatrão é um potente agente cancerígeno, assim como substâncias químicas utilizadas no seu cultivo. A exposição contínua ao calor desprendido pela combustão do fumo é um fator de promoção nesse processo;
- Etilismo: o álcool pode causar imunodepressão e desidratação das mucosas, fatores que podem levar à ação dos agentes carcinogênicos. O uso crônico de álcool

(principalmente os destilados) e tabaco associados potencializa drasticamente o risco de câncer bucal;

- Exposição a radiações: como exposição frequente ao sol sem uso de filtro solar;
- Hábito de mascar fumo: resíduo de fumo deixado entre a bochecha e a língua tem um contato mais prolongado com a mucosa, favorecendo a ação das substâncias cancerígenas do tabaco.

As medidas preventivas em relação ao câncer bucal permeiam a vigília em relação aos sinais de riscos, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, informação e prevenção através da efetivação de campanhas e orientações dos profissionais que atuam na equipe de saúde bucal, além da visita periódica ao dentista.

Em relação ao diagnóstico precoce, é enfatizado que a conscientização de sua importância realizada pela equipe de saúde tendo a mesma, a função de examinar, reconhecer e orientar o usuário das medidas necessárias para se evitar a proliferação da doença.

A reabilitação em relação ao câncer de boca enfatiza-se na realização de cirurgias e colocação de próteses destinadas a reposição estética e funcional causada pela doença.

3.2.4 A má-oclusão

É descrita como sendo uma anomalia em relação ao desenvolvimento dos dentes, provocando desconforto estético, além de agravar as atividades funcionais, levando a incapacidade funcional.

A prevenção é apresentada como uma forma de se evitar consequências mais graves. De acordo com o Manual Saúde em Casa da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) (2006, p. 68), os principais fatores de risco são:

- Fatores genéticos;
- Distúrbios de erupção dentária;
- Hábitos deletérios: hábitos de sucção prolongados, deglutição atípica, respiração bucal, posturas incorretas, onicofagias;
- Extração prematura de dentes decíduos;
- Acidentes;
- Lesões de mucosa ou óssea;

- Fatores socioeconômicos: estudos recentes levantam a possibilidade de a condição socioeconômica influenciar no estabelecimento de hábitos deletérios e, conseqüentemente, no estabelecimento de más-oclusões.

Ainda, de acordo com a Manual Saúde em Casa da SES-MG (2006, p. 71), do órgão supracitado, as medidas de prevenção em nível de atenção primária, são estabelecidas como:

- Estímulo à amamentação, como importante fator para uma oclusão saudável;
- Desestímulo à extração de dentes decíduos prematuramente ou colocação de mantenedor de espaço quando a extração for essencial;
- Trabalho educativo em relação aos hábitos deletérios, sempre levando em consideração a situação social na qual se encontra o usuário, a qual poderá ser determinante desse hábito;
- Acompanhamento da erupção dentária;
- Ações para prevenção de acidentes.

O tratamento pode ser realizado através da colocação de aparelhos ortodônticos e, quando não há solução, evidenciam-se as necessidades cirúrgicas e protéticas advindas da má-oclusão.

Percebe-se que, a importância da atuação da equipe bucal nas ESF, é fundamental, não apenas para o atendimento dos pacientes que procuram as unidades em busca da atenção básica, mas também para a realização da prevenção das doenças, orientação em relação ao tratamento, vigilância em relação aos fatores de riscos, motivação dos usuários para a realização do diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários que, por falta de orientação, apresentam proliferação das doenças bucais, resultando em baixa-estima, e diminuição da qualidade de vida dos mesmos, principalmente em decorrência da estética que, muitas vezes, fica comprometida.

4 DISCUSSÃO

4.1 A importância da saúde bucal incorporada às ações realizadas pelas ESF

O município de Conselheiro Lafaiete, apresenta-se em destaque na região dos Campos das Vertentes, sendo referência para as cidades vizinhas de menor porte, que buscam atendimento quando o mesmo não se apresenta eficaz em suas localidades.

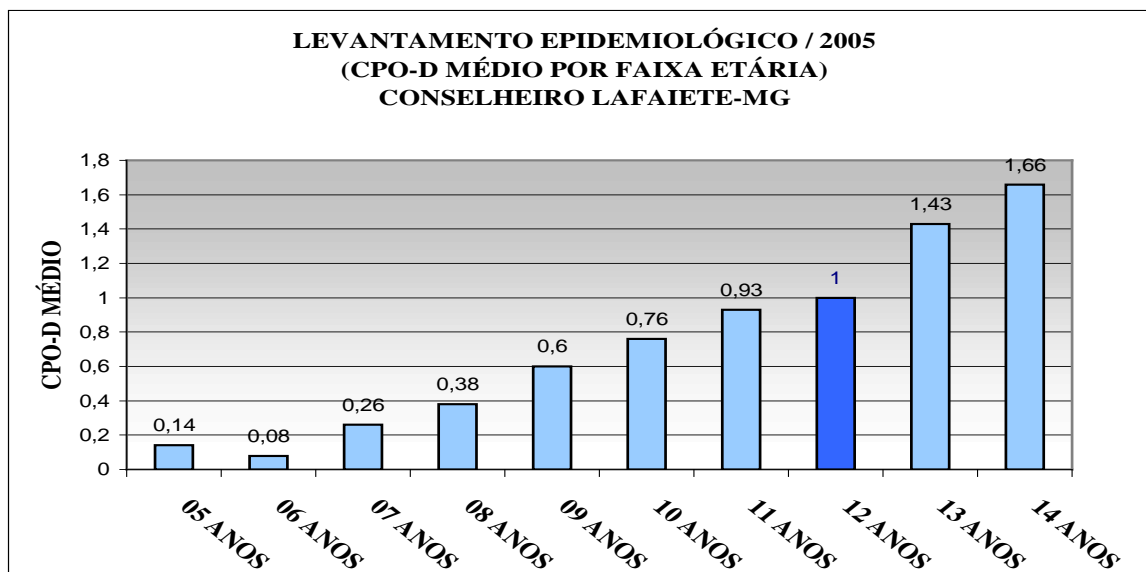
O município de Conselheiro Lafaiete apresenta-se caracterizado por uma economia voltada para o comércio local, atendendo as cidades vizinhas, e tendo como privilégio, estar localizado entre Belo Horizonte e Rio de Janeiro, tendo uma população, segundo o IBGE (2010) de 115.578 habitantes.

Além disso, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde, de acordo com SISAUD-SUS (2005), o Município conta com 05 Unidades Odontológicas instaladas nas ESFs.

Ressalta-se, no entanto, que pelo contingente populacional, a presença dos cirurgiões-dentistas nas ESFs do município se apresenta insatisfatória, principalmente pelo fato de que, em sua totalidade, Conselheiro Lafaiete possui cerca de 25 ESFs implantadas nos diferentes bairros que compõem a geografia territorial da cidade.

A Coordenação Municipal de Saúde Bucal realizou o último Levantamento Epidemiológico (LE) em saúde bucal levando em consideração o Índice de Ataque de Cárie (CPOD) no início do ano de 2005 entre os escolares, visando subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas à melhoria de saúde bucal na faixa etária de 05 a 14 anos, com os seguintes resultados (Gráfico 1) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONSELHEIRO LAFAIETE, 2011):

Gráfico 1. Cárie dentária (CPOD) em escolares de 5 a 14 anos. Conselheiro Lafaiete, 2005.



Fonte: Coordenação Municipal de Saúde Bucal / Secretaria Municipal da Saúde Cons. Lafaiete – 2005.

O índice CPOD é largamente utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. É um índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, sendo que seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos. Esse índice destina-se ao alcance do conhecimento global, rápido e prático das condições epidemiológicas de populações infantis (SMS/CL, 2005).

O gráfico 1 mostra a prevalência de cárie dentária de alguns grupos etários da população do município de Conselheiro Lafaiete e evidencia que aos 12 anos (faixa etária considerada pela OMS como referência para estudo comparativo), o índice CPOD foi de 1,0, melhor que a meta estabelecida pela OMS para o ano 2000 (CPOD menor ou igual a 3,0) e aproximando-se da meta estabelecida para o ano de 2010 (CPOD menor que 1,0). O gráfico indica também que as distribuições dos valores do CPOD apontam, por outro lado, para a importância de se identificar grupos populacionais epidemiologicamente mais vulneráveis, dando-se ênfase aos procedimentos coletivos nos locais onde esses índices se apresentam mais elevados. Onde o quadro epidemiológico se encontra, de modo geral, controlado, as ações coletivas devem ser compatíveis com essa situação e o enfoque das ações direcionado aos grupos de risco (SMS/CL, 2005).

A incorporação das ações de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família é primordial para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, enfatizando que, o atendimento à saúde da população, depende da disponibilização de profissionais de diferentes especialidades que são essenciais ao monitoramento, controle e tratamento de toda comunidade.

De acordo com a Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986, p. 4) apud Palú (2004):

A situação da saúde bucal da população brasileira é caótica. O modelo de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista (PALÚ, 2004, p. 16).

Os problemas de saúde bucal da população, frente à baixa capacidade de enfrentamento dos serviços para o monitoramento, prevenção e tratamento da saúde bucal significam um entrave ao desenvolvimento de ações de saúde pública e à construção do modelo de atenção preconizado pelo SUS.

A necessidade de expansão da atenção à saúde bucal é um fator que demonstra a falta de profissionais capacitados para o atendimento da população, incorporados às ESF. Desde a criação da Estratégia Saúde da Família, a questão da saúde bucal vem sendo discutida como a busca de aprimorar os serviços disponibilizados aos usuários do SUS, buscando garantir o direito de todos ao atendimento de qualidade.

As ESF são formadas por equipes multidisciplinares, contendo profissionais de diferentes profissões, com o intuito de promover a saúde dos usuários. Dentre estes profissionais, a Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta pelo Cirurgião Dentista (CD), o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) constitui o objeto do estudo proposto buscando demonstrar a importância da saúde bucal para os usuários do Sistema Único da Saúde – SUS.

A partir das últimas décadas do século XX, vem sendo constatada uma evolução no campo da saúde bucal, no que tange a forma de tratamento, prevenção e cuidados gerais por meio da adoção de novas tecnologias que visam propiciar o atendimento mais ágil aos usuários.

A partir de 1994, teve início a formação das primeiras equipes do Programa Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde. Desde a implantação do programa, os agentes comunitários de saúde já vinham desenvolvendo ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças bucais mais relevantes no seu território de atuação (BRASIL, 2002, p. 05).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (2002), em 1998, foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde (MS), uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Os resultados evidenciaram que, cerca de 29,6% milhões de brasileiros nunca realizaram uma consulta ao dentista, e em relação aos usuários que possuem rendimentos de até um salário mínimo, o número de pessoas que nunca estiveram em um consultório dentário é nove vezes maior do que o número dos usuários que possuem renda acima de vinte salários mínimos.

A incorporação das ações da saúde bucal na ESF foi um passo importante no sentido da observância de um dos princípios do SUS: o da integralidade das ações em saúde (CASPITRANO, 2000, p. 08).

Integrar diferentes profissões para o atendimento à população significa a possibilidade de fornecer condições e oportunidade de melhoria da condição dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Como estratégia da ESF, na saúde bucal, reorganizou-se as práticas assistenciais adotando novas bases e critérios. A proposta da mudança do objeto de atenção e organização geral dos serviços, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS, buscou promover à universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços, tendo a saúde bucal como componente da saúde em seu sentido mais amplo, enquanto qualidade de vida (PALÚ, 2004, p. 24).

As ações de saúde bucal propiciam aos usuários o tratamento e prevenção das doenças que podem ocasionar riscos à saúde. É através da efetiva atuação dos profissionais da saúde que exercem suas atividades nas ESF que se configura a intensificação das ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças bucais, possibilitando aos usuários, conhecer e prevenir através das campanhas organizadas pelo Ministério da Saúde, problemas relacionados às infecções e a ocorrência de doenças mais graves como o câncer.

Colussi e Freitas (2002) relatam que estudos recentes no Brasil e em alguns países mais desenvolvidos, revelam avanços tecnológicos e a busca de novas estratégias no campo de saúde, buscando responder à expectativa dos indivíduos.

Os autores seguem afirmando que a qualidade de vida do brasileiro, vem gradualmente evoluindo, apresentando condições propícias a sua evolução, principalmente pelos cuidados à saúde. O atendimento dos usuários pelas ESF favorece a melhoria do índice do aumento da média de vida do brasileiro, e, em relação à saúde bucal, nota-se que avanços têm sido constatados no Sistema Único de Saúde – SUS.

Nos últimos cinquenta anos, a Odontologia dedicou seus estudos principalmente a descobertas na prevenção e no tratamento da cárie em crianças de até 12 anos. Foram implantados projetos incrementando a fluoroterapia e as atividades da educação em saúde bucal (COLUSSI e FEITAS, 2002, p. 134).

Com a adoção de práticas envolvendo toda a comunidade, fica clara a intenção de efetuar a melhoria da saúde da população, num processo de mudança, onde, gradativamente, acontece a ampliação de ações intersetoriais na busca de se atender as necessidades dos usuários. No entanto, faz-se importante salientar que, apesar da criação de novas ESF ainda há muito que se aprimorar.

Ainda são pouco percebidas pelos usuários as transformações que vem sendo efetivadas no Sistema Único de Saúde (SUS), através das ESF, O que se verifica é uma certa falta de informação, principalmente, em relação aos atendimentos realizados pelas ESF e sua equipe multidisciplinar.

Os princípios da ESF são perdidos pela grande demanda reprimida e dificuldades administrativas, distanciando o serviço da proposta da melhoria da qualidade de vida da população. O trabalho da equipe da ESF não é percebido pelos usuários, que desconhece a Estratégia a Saúde da Família e a inclusão da Odontologia nele, e que, além disso, demonstram insatisfação quanto ao tempo de espera por um tratamento (CERICATO; GARBIN e FERNANDES, 2007, p. 19).

Ainda, segundo os autores supracitados, a maioria dos cirurgiões-dentistas ainda se encontra envolvidos basicamente no atendimento clínico, em detrimento das atividades de promoção e prevenção da saúde estabelecida pela ESF. Os auxiliares, por sua vez, centravam suas ações em atividades convencionais, como instrumentação, desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais. A experiência da ESF não tem conseguido mudar as formas de atuação já estabelecidas e criar outro modelo de produzir saúde. O que se observa, é a mera reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas.

A inclusão da saúde bucal e do profissional de Odontologia nas ESF propicia a ampliação e a qualificação do atendimento aos usuários. No entanto, grande parte da

população não possui o acompanhamento odontológico, e este fato se apresenta preocupante devido ao elevado número de usuários com a presença de cáries e perda de dentes, ou com infecção de gengivas.

A saúde bucal, enquanto componente fundamental à qualidade de vida do usuário, justifica a inclusão do dentista nas ESF, como forma de reafirmar a necessidade de cumprimento das estratégias e ações propostas pelo Ministério da Saúde.

A saúde é demandada pelos usuários com a abrangência de outros aspectos que vão além da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Desta forma, são lembrados pelos usuários, aspectos ligados ao estado emocional, como a auto-estima, confiança e bem-estar.

A saúde bucal propicia o resgate da auto-estima dos indivíduos, principalmente devido a estética. Percebe-se que, durante a reflexão do tema propostos, foi comentado que o número de usuários do SUS que não realizam o tratamento e prevenção junto aos consultórios odontológicos se apresenta relevante, justificando os elevados níveis de cárie, ou mesmo conseqüências mais graves como doenças ocasionadas pela falta de tratamento odontológico.

Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II, Seção II, o art. 196, estabelece que:

Art. 196 – 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 a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988 apud PALÚ, 2004, p. 48).

Neste contexto, o autor supracitado pondera, corroborando com Narvai (2003), que a assistência odontológica é identificada como uma série de procedimentos realizados pelos dentistas para o atendimento dos usuários, sendo tratados pacientes sadios ou não, individualmente.

Vale ressaltar que o conceito de atenção à saúde bucal se apresenta como ações que visam orientar a identificação, prevenção e tratamento dos problemas enfrentados pela comunidade, evidenciando que sua prática se atenta a promoção da saúde de maneira generalizada (CERICATO, GARBIN, FERNANDES, 2007).

Esta definição, voltando-se para a questão da importância da saúde bucal nas ESF, enfatiza a necessidade da incorporação do atendimento realizado pelos profissionais da

Odontologia, como estratégia capaz de fornecer aos usuários a atenção básica de cuidado integral às necessidades da comunidade.

A relevância da incorporação do dentista na ESF é admitida pelo Ministério da Saúde, em relação às funções específicas dos profissionais que atuam na saúde bucal. Palú (2004, p. 53) apresenta as principais funções da equipe de saúde bucal:

- Realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil da saúde bucal da população adstrita;
- Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96, e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS);
- Realizar o tratamento integral no âmbito da atenção básica para a população adstrita;
- Encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento;
- Realizar atendimento de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica a da saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com o planejamento local;
- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- Capacitar às equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.

De acordo com Palú (2004), as funções relacionadas representam o modelo de atenção à saúde bucal. O que se percebe, é que as ESF apresentam algumas destas ações em pleno desenvolvimento, e outras necessitam ser desenvolvidas, revelando a necessidade de aumento da eficiência dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família – ESF.

A conjunção de fatores como capacitação dos profissionais que atuam na atenção básica, a falta de recursos para a manutenção do atendimento, justifica a insatisfação dos

usuários do SUS, principalmente, a restrição existente nas ações de promoção e prevenção da saúde bucal.

A importância da equipe de saúde bucal nas ESF, não se configura apenas como equipe responsável pelo cuidado à saúde bucal dos usuários, mas também com a função de propiciar o resgate emocional de muitos usuários que se encontram com baixa-estima, pela falta de um sorriso ocasionado pela perda dos dentes, devido à falta de informação em relação aos cuidados de higiene bucal, bem como pela falta de recursos financeiros para custear o tratamento

As reflexões até aqui realizadas, revelam que a importância da incorporação da saúde bucal na ESF, não se trata apenas de mais uma meta a ser cumprida, de acordo com as estratégias propostas pelo Ministério da Saúde. Mas permeia o atendimento das necessidades dos usuários, que necessitam encontrar nas unidades de atenção básica, a promoção, a prevenção, a orientação e o atendimento ao seu problema de forma integral, o que remete também a questão da saúde bucal, como forma de propiciar a melhoria de sua qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou a importância da ESF como proposta de desenvolvimento das estratégias de atendimento à saúde da população. Aponta também, que a ESF se apresenta como um conjunto de ações que pode ser eficiente se houver o aumento dos recursos financeiros e profissionais para a realização do trabalho proposto.

Verificou-se que, ao implantar o PACS no Nordeste do País, o Sistema Único de Saúde visou a ampliação do acesso aos cuidados de saúde e a efetivação de ações de promoção da saúde junto às comunidades atendidas.

A reformulação do sistema público de saúde, organizada pelo Ministério da Saúde, propiciou a expansão do programa, oferecendo aos demais Estados a possibilidade de criação das ESF, como unidades de atenção básica, buscando oportunizar as comunidades, o acesso as ações da saúde, bem como diminuir o fluxo das unidades de emergência, o que objetiva a melhoria do atendimento aos usuários.

Neste contexto, percebeu-se a importância das ESF na efetivação de ações que respondam de maneira eficaz aos problemas de saúde da população onde, para tanto, ainda há muito que desenvolver para que os objetivos e metas propostos sejam efetivados de forma a atender às necessidades dos usuários.

Dentre as profissões existentes na ESF, no que tange aos profissionais da saúde, a incorporação da saúde bucal, foi apresentada como sendo um dos fatores necessários para que os usuários possam ser atendidos de forma completa, aumentando a oferta de opções de resposta para as suas necessidades.

As doenças bucais apresentam-se como um dos problemas enfrentados pela saúde pública, em especial a cárie dentária, a qual atinge grande parcela da população, desde a crianças até adultos, e cujas conseqüências, foram apontadas como sendo prejudiciais para os indivíduos, desde as questões relativas à auto-estima, bem como em relação a perda de dentes.

A doença periodontal além de afetar a saúde bucal dos usuários, também contribui para o surgimento ou o aparecimento de outras doenças que podem afetar o organismo dos seres humanos, demonstrando que a sua prevenção, através da orientação da utilização de flúor, bem como da escovação correta, é fundamental para que se evite o seu agravamento.

Sobre o aspecto da prevenção das doenças bucais, é importante que, as orientações trabalhadas pelos profissionais da equipe de saúde bucal com os usuários sejam frequentes,

respeitosas e objetivas, uma vez que uma parcela significativa da população não acesso ao dentista, ou pior, nunca consultaram.

Dentro deste contexto, fornecer meios à população de cuidar de sua saúde bucal, justifica a implantação de novas estratégias, as quais visam à capacitação dos profissionais, bem como a contratação de cirurgiões-dentistas, ASB e TSB, com o intuito de promover, ampliar e qualificar o cuidado aos usuários.

A importância da incorporação da equipe de saúde bucal na ESF foi demonstrada de maneira clara e abrangente justificando, por meio da revisão da literatura, a relevante contribuição dos profissionais no que se refere aos cuidados bucais, disponibilizando recursos educacionais e tecnológicos para que a população possa conhecer e exercer o seu direito de ter saúde, de ter acesso e atendimento irrestrito, e ter maior autonomia em relação ao cuidado com sua saúde bucal, de acordo com o que é garantido pela Constituição Federal de 1988.

Concluiu-se, portanto, que a incorporação da saúde bucal na ESF é um movimento político imprescindível, que, mesmo em processo de efetivação, necessita ser ampliado para que se possa estender o cuidado em saúde bucal aos usuários de maneira mais dinâmica, através de ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação. Espera-se que, com estas ações, seja possível devolver o sorriso e a alta-estima dos indivíduos, que em muitos casos, sofrem com o atendimento insatisfatório e limitado, frente às suas enormes necessidades.

Este estudo demonstrou a importância de se discutir o processo de inserção da equipe de saúde bucal na ESF, como aspecto emblemático das possibilidades de mudança do modelo de atenção proposto pelo SUS. Uma mudança capaz de influir positivamente na prática, na organização das ações e no processo de trabalho das equipes de saúde bucal. E, como consequência, produzir outra mudança, em uma dimensão que extrapola a saúde bucal e alcança toda a equipe de saúde dos serviços, seja na atenção primária, seja na rede de saúde de um município. Ou ainda, uma mudança que se faz com a possibilidade de participação de outras instituições públicas e dos usuários, num processo que viabiliza a ação intersetorial e reafirma a importância do controle social em uma sociedade.

Na condição de trabalhador de uma equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, espero que este estudo possa contribuir para a reflexão deste processo no âmbito de Unidade de Saúde em que trabalho, com vistas à mudança do modelo de atenção e à constante melhoria do cuidado ofertado à população que dela depende. E, de forma

pretensiosa, que ele possa ser referência para outras equipes, em outras unidades de saúde, num processo capaz de enfrentar os desafios que se colocam para o setor de saúde em todo o Brasil.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa saúde da família: equipes de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Informe saúde bucal: ministério elabora diagnóstico de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família: 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. 2010. Disponível em: http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrasil2010_Nota_Imprensa.pdf Acesso em 20 de abril de 2011.
6. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Manual Saúde em Casa**. Belo de Horizonte, 2006.
7. Calado GS. **A inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios**. Dissertação. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ; 2002.
8. CASPITRANO, Filho. **O cirurgião-dentista no PSF**. Revista Brasileira Odontologia e Saúde Coletiva, 2000.
9. CERICATO, Graziela Oro; GARBIN, Daniela; FERNANDES, Ana Paula Soares. **A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal**. Artigo. RFO, 2007. Disponível em: <http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/12-03/3.pdf> Acesso em 02 de ago. 2010.
10. COLUSSI, Cláudia Flemming; FREITAS, Sérgio Fernando Torres. **Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil**. Artigo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11004.pdf> Acesso em 30 de jul. 2010.
11. FACÓ, Elza Figueiras; VIANA, Livia Maria Oliveira; BASTOS, Virgínia de Andrade; NUTO, Sharmênia de Araújo Soares. **O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Universidade de Fortaleza, Fortaleza. Brasil, 2005. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40818204.pdf> Acesso em 10 de ago. 2010.

12. FREITAG, Fabiana Sbaraini; NUMMER, Fernanda Valli. **Prevalência de cárie dentária em escolares de 12 anos de idade em 2002 e 2007, em Lajeado, RS.** Dissertação. Boletim da Saúde, 21, 2008. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/PrevalCarieDent.pdf> Acesso em 18 de ago. 2010.
13. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **idades**. Dados do Censo de 2010.
14. INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de boca**. 2010. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324 Acesso em 05 de ago. 2010.
15. LINARD, Andrea Gomes; AMORIM, Francisco Cleudy; MACHADO, Fátima Antero Sousa. **Deteção precoce do câncer de mama na cidade do Crato-CE**. Artigo, 2009. Disponível em: <http://www.unifor.br>. Acesso em 01 de ago. 2010.
16. MARTÍN Perez José. **Seminários de pesquisa: projeto e relatório**, Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 2006.
17. MEDEIROS, Cibelly Leite Almeida de; QUEIROZ, Mara Dalyla Duarte de; SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. **Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm> Acesso em 15 de ago. 2010.
18. MIGUEL JÚNIOR, Armando. **Xerostomia: diminuição da saliva**. Artigo, 2009. Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/2009/06/16/xerostomia-diminuicao-da-saliva/> Acesso em 20 de ago. 2010.
19. PALÚ, Adriana Prestes do Nascimento. **A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná**. Dissertação. Universidade Estadual de Londrina. 2004. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/61.pdf> Acesso em 30 de jul. 2010.
20. ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Artigo. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf> Acesso em 05 ago. 2010.
21. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Estrutura, organização e características da atenção em saúde bucal prestada à população em Conselheiro Lafaiete**. Auditoria Odontológica, 2005.
22. SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Ângelo Giuseppe. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial**. Artigo. Cad. Saúde Pública, vol. 23 Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/19.pdf> Acesso em 02 de ago. 2010.
23. VERGARA Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3ªed. São Paulo: Atlas, 2000.