

Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família
Oral health in the Family Health Strategy

Adrielly Oliveira Barbosa¹
Angélica Haíssa Galvão¹
Petrônio José de Lima Martelli²

¹ Alunas do Curso de Graduação em Odontologia da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES)

² Professor Doutor da Disciplina de Saúde Bucal Coletiva - ASCES

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Associação Caruaruense de Ensino Superior
Av. Portugal, 584 – Bairro Universitário
Caruaru - PE
Tel.: (81) 2103-2000

RESUMO

Baseado na proposta de criação de um sistema de saúde que tivesse como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade, foi aprovada na Constituição Federal de 1988 a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), voltada para a atenção primária, a saúde ou atenção básica por meio de ações governamentais. Nesse sentido a estratégia de saúde da família foi proposta pelo Ministério da Saúde em 1994 sob a denominação de Programa da Saúde da Família (PSF). A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) ocorreu no ano de 2000, representando um novo aporte de recursos financeiros e a ampliação das redes de serviços em vários pontos do país. O objetivo do presente trabalho é realizar através de revisão de literatura uma abordagem sobre a atuação da ESB na estratégia de saúde da família.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, com o intuito que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência de saúde era realizada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), restrita aos empregados contribuintes da previdência social, enquanto os demais eram atendidos por serviços filantrópicos. São princípios básicos do SUS, a universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e regionalização.

O PSF teve início em 1994, como programa proposto pelo governo federal aos municípios para implementação à atenção básica. Hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), representa a principal estratégia responsável pela reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. É uma nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido.

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua inserção no ESF representa a possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal baseada no curativismo, tecnicismo e biologicismo. A incorporação oficial do Cirurgião-dentista na então equipe PSF aconteceu somente em 2000 dentro de um contexto político, econômico e social favorável. O Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº. 1.444, o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal no PSF 4, o que resultou em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil.

Sendo assim, com a inserção da saúde bucal no PSF, o Cirurgião-dentista passa a desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada no território, com vistas à efetivação do SUS, bem como enquadrar num processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe multiprofissional.

Com base no exposto, o objetivo do presente estudo é apresentar, através de uma revisão da literatura, um histórico sobre a implantação da ESB e sua importância para a Estratégia de Saúde da Família.

REVISÃO DA LITERATURA

O sistema de saúde brasileiro sofreu profundas mudanças no final do século XX, como por exemplo, a dissociação das então denominadas saúde pública e saúde previdenciária. A primeira estava relacionada a interesses coletivos, como as campanhas sanitárias, enquanto a segunda prestava assistência aos trabalhadores regularizados e seus dependentes, ou seja, apenas os portadores de carteira de trabalho estavam cobertos pelo serviço. Foi então que surgiu o movimento da reforma sanitária que tinha como objetivo a democratização da saúde e da sociedade, por meio da unificação de um sistema de saúde (NARVAI; FRAZÃO; 2008).

Propostas para a reforma da saúde no Brasil foram postuladas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com caráter democrático, pois contou com milhares de participantes como usuários, prestadores de serviço, políticos e sindicalistas, organizadas através de conferências estaduais e municipais. A herança deixada foi o relatório final que influenciou na promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004).

Em 1988, foram moldadas as diretrizes do SUS através do artigo 196 da Constituição Federal e a organização do serviço detalhada no artigo 198. Como princípios e diretrizes do SUS estão a universalidade, a equidade, a integralidade, regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização e participação dos cidadãos (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004).

Em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tem como intuito reduzir a mortalidade materno-infantil em regiões menos favorecidas do Brasil (GRALHA; MORAIS, 2007), através de profissionais moradores da própria comunidade capacitados para orientar as famílias sobre os cuidados em saúde (FERRAZ; AERTS, 2005).

Dentro de uma proposta de fortalecimento da atenção básica de saúde, foi implantado no Brasil em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como eixo norteador o núcleo da família e a comunidade. O PSF era composto inicialmente por uma equipe básica de saúde formada por médico, enfermeiro,

auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006). Hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), representa a principal estratégia responsável pela reorganização dos serviços de saúde na atenção básica.

No ano de 1996, o PACS uniu-se ao PSF, haja vista que os agentes comunitários de saúde estavam presentes maciçamente na comunidade em que viviam e facilitavam o trabalho de vigilância e promoção da saúde, devido a facilidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança que exerciam. Foi através da portaria 1886/97, que houve incentivos aos dois programas, propiciando o vínculo com a família e o controle social (GRALHA; MORAIS 2007).

Em 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu pela portaria 1444/2000, incentivo financeiro para reorganização municipal da atenção à saúde bucal através do PSF (NARVAI; FRAZÃO, 2008; DIAS, 2006). Nessa mesma portaria, ficou estabelecida que a área de atuação de cada Equipe PSF deveria abranger 6.900 habitantes, sendo que poderia ser implantada apenas uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada duas equipes de saúde da família em atuação. Essa proporção desigual foi modificada somente com a portaria 673/2003, que possibilitou a igualdade de proporção ente ESB e a equipe médica, porém somente no ano de 2001, a saúde bucal foi agregada ao PSF através da Portaria 267/2001, documento em que estão definidas as funções de cada membro da ESB. As tabelas abaixo definem as funções de cada profissional da odontologia atuante no PSF.

FUNÇÕES ATRIBUIDAS AO CIRURGIÃO-DENTISTA
1. Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
2. Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
3. Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
4. Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
5. Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
6. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
7. Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Técnico em higiene bucal (THD), auxiliar de consultório dentário (ACD) e equipe de saúde da família;
8. Realizar supervisão técnica do THD e ACD;
9. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

FUNÇÕES ATRIBUIDAS AO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL
1. Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
2. Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
3. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
4. Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
5. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Fonte: Portaria 267/2001

FUNÇÕES ATRIBUIDAS AO AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO
1. Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
2. Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
3. Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
4. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
5. Organizar a agenda clínica;
6. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
7. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Fonte: Portaria 267/2001

A atenção preventiva e promocional apresenta um grande avanço na forma de atendimento, que passa a ser realizada de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida. Essas ações podem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo ser executadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios e em espaços coletivos. Espera-se, através destas, despertar uma consciência preventiva nas famílias à medida que as noções de autocuidado são transmitidas às pessoas, estimulando a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde, em comportamentos benéficos à sua própria saúde (COSTA; ALBUQUERQUE; 1997).

Segundo Zanetti *et al* (1996), durante muito tempo as práticas odontológicas foram centradas no atendimento da demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem tecnicista. A realização dessas práticas não se dava a partir de um planejamento das ações e estavam voltadas para a lógica de mercado. No entanto, as ações de saúde bucal incorporadas à ESF vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações. Diante desta perspectiva, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde, bem como o envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a co-responsável pela saúde de seus familiares.

A atenção preventiva e promocional apresenta um grande avanço na forma de atendimento, que passa a ser realizada de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida. Essas ações podem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo ser executadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios e em espaços coletivos. Espera-se, através destas, despertar uma consciência preventiva nas famílias à medida que as noções de autocuidado são transmitidas às pessoas, estimulando a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde, em comportamentos benéficos à sua própria saúde (COSTA; ALBUQUERQUE; 1997).

Ao iniciar o trabalho nas equipes da ESF, os profissionais de saúde bucal se depararam com uma população quase sem assistência odontológica, com alto índice de cárie e doença periodontal, bem como pouca ou nenhuma informação sobre os cuidados básicos de higiene. Diante do quadro sanitário diagnosticado a partir do cadastramento das famílias, do reconhecimento da área e de reuniões com a

comunidade, que aponta os principais problemas sentidos, cada ESB realiza uma capacitação em saúde bucal, direcionada aos agentes comunitários de saúde, visando utilizá-los como agentes multiplicadores de saúde bucal. Após a inclusão da equipe de saúde bucal na ESF, definiu-se um novo cenário na odontologia brasileira, tendo em vista o surgimento de novas perspectivas e ações que contrastavam com o modelo de atenção vigente anterior.

Na ESF, cada profissional é chamado a desempenhar a profissão em um processo de trabalho coletivo, produto de prática compartilhada, pautado nas contribuições específicas das diversas áreas de conhecimento. Espera-se que os integrantes das equipes sejam capazes de conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações (BRASIL, 2001).

Dentre as formas de integrar a saúde bucal no ESF, há a colaboração das ACS, que possibilitam a aplicação de ações de saúde bucal, juntamente com suas atividades, tornando-se multiplicadores de informações e promovendo a saúde no ambiente familiar (PONTES; AGUIAR, 2008).

A Tabela abaixo demonstra a trajetória do Programa Saúde da Família, incluindo a inclusão das ações de saúde bucal.

TRAJETÓRIA DO PSF
Década de 80 - início da experiência de Agentes Comunitários e Saúde pelo Ministério da Saúde.
1991 – Criação oficial do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) pelo Ministério da Saúde
1994 – Realização do estudo “Avaliação Qualitativa do PACS”; criação do Programa Saúde da Família; primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”; e criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); a população coberta pelo PSF era em torno de 1 milhão de pessoas
1996 – Legalização da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) para definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde
1998 — O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do SUS; início da transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde; primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”; edição do “Manual para a Organização da

Atenção Básica”, que se serviu como importante respaldo organizacional para o PSF; definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual

[1999](#) — Realização do 1º Pacto da Atenção Básica e do segundo grande evento, “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família — construindo um novo modelo”; realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”; edição da Portaria nº. 1.329, que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional

[2000](#) — Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família; publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica; a população atendida alcança o percentual de 20% da população brasileira

[2001](#) — Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica; realização de um terceiro evento, “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família”; apoio à entrega de medicamentos básicos às Equipe de Saúde da Família (ESF); incorporação das ações de saúde bucal ao PSF; realização da primeira fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de saúde bucal tornam as ações de saúde da família mais completas, mais eficazes, sendo essencial, no entanto, que as equipes de saúde bucal trabalhem em sintonia perfeita com o restante da equipe na unidade básica, entendendo o conceito de saúde da família, que não se limita a ver o indivíduo isoladamente

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Guia prático do PSF. Disponível no site: http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf. Acesso em 20 de outubro de 2010.
2. COSTA, I. C. C.; ALBUQUERQUE, A. J. Educação em saúde. IN: OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Odontologia preventiva e social: textos selecionados. Natal, editora da UFRN, p.223-250, 1997.
3. DIAS, A. A. Saúde coletiva e legislação à luz do programa de saúde da família. IN: DIAS, A. A. *et al.* Saúde bucal coletiva – metodologia de trabalho e práticas. São Paulo, Ed Santos, p.1-20, 2006.
4. FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e saúde coletiva*, v.10, n.2, p.347-355, abr-jun., 2005.
5. GRALHA, R. S.; MORAIS, E. P. PSF em Porto Alegre: aspectos sócio-históricos da implantação. IN: LOPES, M. J. M.; PAIXÃO, D. X. Saúde da família – histórias, práticas e caminhos. Porto Alegre. Editora da UFRGS, p.31-37, 2007.
6. MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. IN: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Saúde bucal coletiva – conhecer para atuar. Natal, editora da UFRN, p.249-259, 2004.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em 22 de outubro de 2010.
8. NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In. MOYSÉS, T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. Saúde da família – trabalhando com evidências. São Paulo, Artes médicas, p.1-20, 2008.
9. PONTES, N. S. T.; AGUIAR, A. C. Educação permanente como ferramenta e resposta: perspectivas na integralidade nos processos de trabalho em saúde bucal coletiva no âmbito do PSF. IN: MACAU LOPES, M. G. Saúde bucal coletiva: implementando idéias... concebendo integralidade. Rio de Janeiro: editora Rubio, p.137-155, 2008.
10. ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A.; UMBELINA RAMOS, L.; COSTA, M. A. B. T. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*. n.13, p. 18 - 35, 1996.