

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE PÚBLICA

VANESSA AGNES RODRIGUES E SILVA

**A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: revisão de literatura**

São Luís

2012

VANESSA AGNES RODRIGUES E SILVA

**A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: revisão de literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública - Laboro – Excelência em Pós Graduação - Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2012

Silva, Vanessa Agnes Rodrigues e.

A Inserção do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: Revisão de Literatura/Vanessa Agnes Rodrigues e silva - São Luís, 2012.

19f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família e Saúde Pública.) – Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública , LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2012.

1. Odontologia. 2. Saúde Bucal. 3. Cirurgião-Dentista. I. Título.

CDU 616.314

CDU 331.45

VANESSA AGNES RODRIGUES E SILVA

**A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: revisão de literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública - Laboro – Excelência em Pós Graduação - Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

Aprovada em: / / .

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Mônica Elinor Alves Gama (orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo

Prof Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo

RESUMO

O sistema de saúde brasileiro, antes da década de 80, era baseado em um modelo assistencial meramente curativo. Com a implantação do Programa de Saúde na Família houve uma mudança nesse modelo havendo a priorização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. As Equipes de Saúde Bucal foram inseridas nesse programa para melhorar o acesso e voltar a realização dos serviços para a prevenção e educação em saúde bucal. Com o objetivo de estudar a inserção do Cirurgião-Dentista no Programa de Saúde na Família, hoje denominado Estratégia de Saúde na família, foi realizada essa pesquisa bibliográfica visando relatar a Odontologia antes da Estratégia de Saúde da Família, bem como o novo modelo de atenção à Saúde Bucal e as principais atribuições do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada em livros, artigos, revistas, periódicos e em base de dados eletrônicos de 1992 a 2011. Observou-se com o estudo que com a inclusão das equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família houve uma mudança, embora discreta, no modelo assistencial de Saúde Bucal, havendo um maior enfoque nas ações preventivas de saúde bucal ao invés das ações meramente curativas.

Palavras-chave: Odontologia. Saúde Bucal. Cirurgião-Dentista.

ABSTRACT

The Brazilian health system, before the 80's, was based on a purely curative care model. With the implementation of the Family Health Program was there a change in this model there is prioritizing the promotion, protection and recovery of health. The Oral Health Teams were entered in this program to improve access and re-perform the services for the prevention and oral health education. Aiming to study the insertion of Dental Surgeon in the Family Health Program, now called the Family Health Strategy, this literature search was performed in order to report Dentistry before the Family Health Strategy, as well as the new model of care Oral Health and the main tasks of the Dental Surgeon in Family Health Strategy. Data collection was performed in books, articles, magazines, periodicals and electronic database from 1992 to 2011. Was noted in the study that the teams with the inclusion of Oral Health at Family Health Strategy was there a change, albeit slight, in Oral Health care model, with a greater focus on preventive oral health rather than merely actions of healing.

Keywords: Dentistry, Oral Health, Dental Surgeon.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
2	OBJETIVO.....	07
3	METODOLOGIA.....	07
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	08
4.1	Políticas de Saúde Bucal antes da Estratégia de Saúde da Família até a atualidade.....	08
4.2	O novo modelo de atenção à Saúde Bucal.....	12
4.3	O papel do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família.....	14
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
	REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia moderna tem como um de seus princípios a não intervenção curativa antes que os modelos de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. A carta de OTAWA 1986 propôs que dentre as atribuições do cirurgião-dentista esteja o fortalecimento de ações comunitárias com o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. O cirurgião-dentista foi inserido no PSF, hoje estratégia de saúde da família, com o objetivo de proporcionar o acesso, o planejamento e uma Odontologia de qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS). É necessário que o cirurgião-dentista realize seu trabalho equilibrando prevenção e cura adotando procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica (AERTS; ABEGG; CESA, 2004).

A população deve ser responsável pela busca, promoção e proteção de sua própria saúde. O SUS surgiu na década de 80, trazendo consigo a equidade, universalidade, descentralização, hierarquização e o controle social como princípios fundamentais do sistema definidos na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, sendo estes princípios confirmados na Constituição de 1988 (AERTS; ABEGG; CESA, 2004).

A classe odontológica vivenciou um momento de extrema relevância na história da Odontologia do Brasil ao ingressar na estratégia de saúde da família como parte da equipe de saúde bucal. Concomitante a isso, o Ministério da Educação delibera sobre as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, nas quais fica evidente a preocupação com o estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde pública, objetivando a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (AERTS; ABEGG; CESA, 2004).

A estratégia de saúde da família foi implantada com o objetivo de inverter o modelo assistencial predominantemente curativo, para um modelo que haja dominância da prevenção e promoção da saúde (AERTS; ABEGG; CESA, 2004).

A inclusão das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família foi feita para confirmar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características: caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde, adscrição da população sob responsabilidade da unidade básica

de saúde, integralidade da assistência prestada à população adscrita, articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do SUS, definição da família como núcleo central de abordagem, humanização do atendimento, abordagem multiprofissional, estímulo as ações de promoção de saúde, a articulação intersetorial, a participação e ao controle social, educação permanente dos profissionais, acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas (XAVIER *et al.*, 2007).

O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de Saúde Bucal seja constituída de um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário (modalidade 1) ou um cirurgião-dentista, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório dentário (modalidade II). Ainda segundo o Ministério da Saúde, os profissionais devem residir no município onde trabalham e a dedicação deve ser integral (40 horas semanais). A atenção básica em saúde bucal pode ser definida como sendo as ações orientadas à identificação, prevenção e solução dos principais problemas da população afetada, a qual se produz como o fruto da participação consciente e organizada da comunidade e de sua cooperação com as instituições de saúde. Estas ações se concretizam por meio do uso de tecnologias apropriadas e recursos humanos postos no alcance de todos os indivíduos e famílias, a um custo que a comunidade e o país possam suportar (FACÓ *et al.*, 2005).

Frente à incorporação das equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família e da importância do dentista nestas equipes, resolveu-se realizar este trabalho para que os outros profissionais das equipes multicplinares tenham conhecimento da mudança ocorrida no modelo de assistência da saúde bucal com a inserção do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família.

2 OBJETIVO

Estudar a inserção do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família a partir da revisão de literatura apresentada.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001):

- a) **formulação da pergunta:** o que a literatura descreve sobre inserção do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde na Família?;
- b) **localização e seleção dos estudos:** foram considerados o estudo de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, materiais específicos da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônicos tais como Google Acadêmico. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, BIREME e Scielo;
- c) **período:** O critério de inclusão dos artigos consistiu em estudos que tratavam das ações e dos métodos de avaliação das atividades odontológicas e que tivessem sido publicados a partir do surgimento da estratégia de saúde da família de 1992 a 2011.
- d) **coleta de dados:** foram coletados dados relativos às atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas nas equipes da estratégia saúde na família. Descritores (palavras chave a relação da saúde bucal e estratégia de saúde da família; campo de atuação do cirurgião-dentista nas equipes de saúde na família);
- e) **análise e apresentação dos dados (questões ou capítulos):**
 - Políticas de Saúde Bucal antes da Estratégia de Saúde da Família até a atualidade;
 - o novo modelo de atenção à saúde bucal;
 - o papel do Cirurgião- Dentista na Estratégia de Saúde da Família.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Políticas de Saúde Bucal antes da Estratégia de Saúde da Família até a atualidade

O sistema de saúde brasileiro já passou por diversas fases, entre as décadas de 20 e 40 a Odontologia pública era oferecida somente nos grandes centros urbanos e com atendimento a livre demanda, no citado período houve ações

regulamentativas do exercício profissional sendo que nesse momento a Odontologia passou a ser considerada uma profissão. Ainda nesse contexto veio o Sanitarismo Campanhista onde a saúde pública centrava-se em ações de saneamento e combate às epidemias e endemias. Em 1923 houve a criação das caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), havendo com a criação destas uma pequena oferta de serviços de saúde bucal. Na década de 30 houve a criação do Instituto de Assistência e Previdência (IAP) caracterizado pelo acentuado controle do Estado na previdência. Ao fim da primeira metade do século observou-se poucos registros de políticas de saúde bucal que consistiam apenas em ações curativas e atendimento á gestantes, pré-escolares e escolares. Já nas décadas de 50 e 60 houve a criação do Ministério da Saúde, sendo que nesse momento a Odontologia passou a ter espaço na estrutura administrativa no chamado Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia. Nesse período houve o início da fluoretação das águas de abastecimento público, sendo que em 1957 tornou-se obrigatória essa fluoretação no estado do Rio Grande do Sul. Ainda na década de 50 surgiu o sistema incremental, que tinha como objetivo suprir as necessidades da população até o completo tratamento para posterior controle, neste sistema eram atendidos escolares de 6 a 14 anos, excluindo-se o restante da população ao acesso e tratamento odontológico. O sistema incremental foi implantado pela Fundação de serviços especiais de saúde pública (SESP). Em seguida surgiu a Odontologia Sanitária ou social que hoje é chamada de coletiva. Ao Ministério da Saúde cabia apenas a fluoretação das águas. Na década seguinte houve a realização da III Conferência Nacional de Saúde na qual houve a inclusão da prevenção da cárie dentária pelo uso do flúor no Plano Nacional de Saúde Pública. Na década de 70, o modelo do sistema incremental ganhou dimensões Nacionais, foi intensificado o emprego de medidas preventivas e introduziu-se o emprego de pessoal auxiliar e o trabalho a quatro mãos na Odontologia. Em 1974 tornou-se obrigatória a fluoretação das águas de abastecimento público em todo país. Em 1976 houve a criação das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste(PIASS) com características ambulatoriais e com ações de saúde bucal que abrangiam os adultos, porém ainda com características mutilatórias. Em 1978 com a realização da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata surgiu a Odontologia simplificada que trouxe a formação e incorporação do pessoal auxiliar, o trabalho em equipe ,a ergonomia, e a ênfase em educação e prevenção nas escolas públicas..Em 1980, na VII

Conferência Nacional de saúde a prática odontológica foi analisada e caracterizada como ineficaz, com caráter mercantilista e enfoque curativo e de baixa cobertura. Ainda em 80 a VIII Conferência Nacional de Saúde propôs um conceito ampliado de saúde, sendo esta um direito de todos e um dever do Estado, e para obtenção de saúde o indivíduo necessitaria de alimentação, moradia, lazer, emprego, dentre outros. Na VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, que afirmou a Odontologia como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, nesse período foi criada, no Ministério da Saúde, a Área Técnica de Saúde Bucal, que realizou o primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal, sendo a Odontologia no país considerada de péssima qualidade (RONCALLI, 2003).

Em 1987 houve a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) caracterizado pela estadualização das ações, permanecendo a manutenção do sistema incremental para os escolares do primeiro grau. Com a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, a saúde bucal caminhou para reformular as suas práticas para atender as diretrizes do Sistema Único de Saúde, nesse período houve a criação do Programa Nacional de Prevenção a Cárie Dentária-PRECAD, no ano seguinte, o Ministério da Saúde normatizou a produção de creme dental fluoretado no país. Em seguida alguns modelos de saúde bucal foram criados a fim de não se excluir mais uma parte da população, como era feito no sistema incremental. Criou-se então o Programa de Inversão a Atenção que buscava a mudança do enfoque de cura da cárie para o controle, sendo este programa subdividido em três fases: a primeira foi chamada de Estabilização, esta objetivava reduzir a incidência e a velocidade da progressão da doença bucal, utilizando-se de ações preventivas e individuais não invasivas para o controle da lesão; a segunda fase foi chamada de Reabilitação e caracterizava-se pelo restabelecimento da estética e funções perdidas pela doença e a terceira fase foi chamada de fase de Declínio onde havia o controle da lesão e da doença e trabalhava-se com a população introduzindo-se a noção e métodos de auto cuidado. Porém, neste modelo ainda foi preconizada a prevalência dos escolares no desenvolvimento das ações (LOUREIRO, OLIVEIRA, 1995)

Visando a parcela da população que ainda permanecia excluída, pensou-se em outro modelo assistencial baseado na prevenção de caráter precoce, sendo o alvo as crianças menores de seis anos. Com isso iniciou-se a prevenção e

tratamento dos dentes decíduos. Esse modelo de atenção precoce englobou o verdadeiro sentido da prevenção em Odontologia, porém a implementação dessa prática não obedeceu a integralidade das ações, a universalidade no acesso aos serviços e a equidade. Assim esse modelo, da mesma forma, se dirigia a uma população restrita, não envolvia toda a população se tornando, assim, pouco resolutivo e ineficiente (PINTO, 1996)

Em 1993, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Bucal que propôs uma nova Política de Saúde Bucal com efetiva inserção no Sistema Único de Saúde que garantisse o acesso e a equidade à assistência odontológica. Em 1994, surgiu o Programa de Saúde na Família, para aumentar o acesso da população aos serviços de atenção básica. A saúde bucal não foi incluída no início do programa devido a sua alta complexidade e alto custo. Em 2001 as equipes de Saúde Bucal foram incluídas no Programa de Saúde da Família, pois os problemas de saúde bucal eram considerados problemas de saúde pública, com alta prevalência, causando dor e desconforto com conseqüente comprometimento da vida social do indivíduo. Com a inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família a prática odontológica deixou de ser uma prática meramente curativa para ser uma Odontologia que visava à promoção, prevenção e a recuperação da saúde bucal. Em 2004 a coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde formulou a Política Nacional de Saúde Bucal, reforçando a inclusão das equipes de Saúde Bucal no, até então, Programa de Saúde na Família, criando os Centros de Especialidades Odontológicas(CEO) e organizando um sistema nacional de vigilância ao flúor. O Ministério da Saúde definiu a área de saúde bucal como uma de suas prioridades e lançou o Programa Brasil Sorridente. Com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Bucal houve foco no acesso e qualidade em saúde bucal e superação a exclusão social. Em 2006 foi lançado o pacto pela saúde que adotou dois indicadores para a saúde bucal (Primeira consulta programática e procedimentos coletivos) com o objetivo de organizar o acesso e subsidiar o planejamento das ações. Em 2008 houve regulamentação das profissões de Auxiliar de Saúde Bucal(ASB) e Técnico de Saúde Bucal(TSB), denominados antes de Auxiliar de Consultório Dentário(ACD) e Técnico em Higiene Dentária(THD)(NARVAI;FRAZÃO,2008).

Antes da inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família a Odontologia de prevenção e promoção de saúde bucal brasileira esteve voltada para

crianças de 7 a 12 anos excluindo as demais faixas etárias. Até 2003, cerca de 28 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista e os serviços públicos no Brasil, tiveram o predomínio do paradigma cirúrgico restaurador pelo qual nas crianças era dada ênfase ao tratamento restaurador e nos adultos ao tratamento mutilador representado pelas excessivas extrações. A inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família veio trazer uma nova forma de atuação focalizando a família como eixo de trabalho e consolidando um novo modelo de assistência, que até então tinha se caracterizado como curativo-mutilador, excludente e como promotor de saúde apenas na população infantil escolar com as aplicações tópicas de flúor (KRINGER,2003).

4.2 O novo modelo de atenção à Saúde Bucal

Em 2000, foi criado o incentivo de saúde bucal pelo Ministério da Saúde que propiciou a inserção das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. A incorporação da saúde bucal nas equipes de saúde na família foi um passo importante no sentido da observância de um dos princípios do SUS: a integralidade das ações em saúde, porém ocorreu sem uma discussão ampla sobre a maneira como esses profissionais deveriam atuar na atenção básica, isto teve como consequência a probabilidade de esses profissionais não estarem qualificados para desenvolver as funções requeridas pelo programa de saúde bucal na estratégia de saúde na família (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Dados do Ministério da Saúde mostram que nos quatro primeiros anos do governo de Lula foram implantadas 10.514 novas equipes de saúde bucal na estratégia de saúde na família, chegando em 2007 a 14.775 equipes atuando em 4212 municípios, representando um aumento de mais de 246% no número de equipes (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007).

Em estudo realizado por Emmi e Barroso (2008) verificou baixa escolaridade da população assistida pela estratégia de saúde da família, o que reforça a importância de se trabalhar a educação em saúde tanto nas unidades básicas de saúde como nas visitas domiciliares. Os autores enfatizam ainda, que seja de extrema importância que as escolas de Odontologia adequem seus currículos para que sejam formados profissionais clínicos com conhecimentos em saúde coletiva evitando a ênfase a ações centralizadas e atendimentos altamente especializados.

Faccin, Sebold e Carcereri (2010) realizaram estudo que questionou sobre as mudanças que a estratégia de saúde na família trouxe na prática para os cirurgiões-dentistas e os mesmos responderam que os assuntos pertinentes à Odontologia são tratados à parte, dessa forma uma das principais diretrizes do programa é desrespeitada: a integralidade das ações, não existe uma discussão dos casos em equipe, a razão desta falta de integração, segundo os autores, é justificada no fato da inserção tardia das equipes de saúde bucal nas equipes de saúde na família.

Frazão e Marques (2009) avaliaram agentes comunitários de saúde e observaram que com as ações dos mesmos voltadas para a saúde bucal houve uma diminuição entre o desequilíbrio entre o número de escovas e o número de indivíduos de cada família, assim como, houve um aumento na frequência da escovação e do uso do fio dental. Ocorreu uma valorização da auto-avaliação da higiene bucal após o início da atuação dos agentes. Houve também um acesso mais facilitado ao atendimento odontológico, segundo a pesquisa, após a introdução da saúde bucal nas equipes de saúde da família.

Em análise dos aspectos administrativos e operacionais das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família do Estado de Minas Gerais foram encaminhados a 310 municípios, questionários para cirurgiões-dentistas que trabalhavam na estratégia de saúde da família. Os resultados mostraram que 66,9% dos contratos eram instáveis, 82,5% dos cirurgiões-dentistas recebiam menos que nove salários mínimos por oito horas de trabalho e 48,9% dos profissionais relataram não ter participado de nenhum tipo de capacitação, apenas 54% dos entrevistados relataram reuniões frequentes entre as equipes de saúde bucal e as equipes de saúde da família. Como aspectos considerados positivos na pesquisa, verificou-se o princípio da universalidade e maior acesso aos serviços de saúde bucal. Como aspectos negativos foram citados: demanda excessiva, a precariedade das condições de trabalho e a falta de interação entre as equipes de saúde da família e as equipes de saúde bucal (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Avaliando-se o perfil do cirurgião-dentista inserido na estratégia de saúde da família em um município do Estado de Pernambuco foram entrevistados 115 profissionais. Foi observado na pesquisa que a contratação dos cirurgiões dentistas é feita de modo irregular o que contribui para a alta rotatividade e insatisfação dos profissionais, prejudicando a qualidade da assistência à saúde prestada à população. Ainda neste estudo verificou-se que 67,8% dos cirurgiões-dentistas

possuíam formação voltada para estratégia de saúde da família, apesar desse resultado o autor relata que é fundamental a qualificação do cirurgião dentista já inserido nas equipes de saúde da família, pois a maioria dos profissionais não possui cursos de pós-graduação em saúde da família ou/e saúde pública. Com essas qualificações seria possível que os profissionais tivessem uma visão ampla de saúde, e fossem capazes de compreender os indivíduos, famílias e comunidades de forma sistêmica e integral. Isto é refletido segundo o autor nas questões referentes as mudanças da prática curativa tradicionais realizadas nas unidades básicas de saúde onde dos 115 entrevistados 96% compreendem as práticas de promoção e prevenção da saúde bucal, porém destes apenas 56% aderiram ao caráter substitutivo das práticas odontológicas tradicionais exercidas (MARTELLI *et al.*, 2010).

4.3 O papel do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família

São atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de

cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade; realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe; participar das atividades de educação permanente; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;e realizar outras ações e atividades a serem definidas conforme as prioridades locais (FORTUNA,MATUMOTO,PEREIRA,2005).

O Cirurgião-Dentista deve na Estratégia de Saúde da Família: realizar levantamento epidemiológico na área de saúde bucal da população adscrita; realizar os procedimentos clínicos definidos na norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS-96) e na norma operacional básica da assistência à saúde (NOAS); realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adscrita; encaminhar e orientar os usuários que apresentam problemas complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento; realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; prescrever medicamentos e conformidade dos diagnósticos efetuados; emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência; executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo às famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com planejamento local; coordenar ações coletivas voltadas para promoção e prevenção em saúde bucal; 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 técnico de higiene bucal (THB) e auxiliar de saúde bucal (ASB). Dentre as funções do pessoal auxiliar delega-se ao técnico a realização, sob a supervisão do cirurgião-dentista, de procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento radicular; a realização de procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião-dentista. Ao técnico e ao auxiliar de saúde bucal cabe: auxiliar o cirurgião-dentista (trabalho a quatro mãos); proceder a desinfecção e esterelização de materiais e instrumentos utilizados, preparar o material e instrumental para uso clínico, realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados, cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos, acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal, registrar no sistema de informação da atenção básica todos os procedimentos de sua competência realizados (MONTEIRO, 2010).

O Cirurgião-Dentista deve ainda ter a capacidade de entender os determinantes sócio-ambientais do processo saúde-doença e das iniquidades em saúde bucal, bem como de fatores de risco em geral, incluindo os biológicos; ter preparação para a prática profissional que ultrapassa o campo clínico, incluindo as ciências humanas, sociais e comportamentais; ter formação generalista para compreender e atuar na relação entre as doenças bucais e sistêmicas; atuar de forma interativa, não só interdisciplinarmente, mas também multiprofissionalmente, entendendo que a saúde bucal não pode ser dissociada da saúde geral; atuar de forma consciente sobre a família, pois a inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família permitiu a reorientação da atenção básica, melhorando a resolutividade, tendo a família como base do atendimento individual e coletivo e realizar diagnóstico que leve à promoção e manutenção da saúde (MOYSÉS, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As equipes de saúde bucal foram inseridas tardiamente nas equipes de saúde da família, resultando em uma falta de integração entre estas últimas e as primeiras. As equipes de saúde bucal são consideradas, muitas das vezes, uma equipe à parte dentro das próprias equipes de saúde da família. Porém, já é observada de forma notória, nas ações das equipes de saúde bucal uma mudança no foco da atenção básica enfatizando-se um pouco mais o modelo preventivo em relação ao curativo. Cabe aos profissionais e aos gestores investir na qualificação voltada para saúde pública e saúde da família para que os profissionais das equipes de saúde bucal possam ter uma visão mais ampla da família e da comunidade, tratando o indivíduo de forma integral, preconizando dessa forma um dos principais princípios do Sistema Único de Saúde: a integralidade das ações.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no sistema único de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131 - 138, 2004.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219 - 227, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29467.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

BUSS, P. M. Promoção da saúde: bases teórico-conceituais. In: BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. (Org.). **Promoção de saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 2 – 45.

CASTRO, A. A. (Ed.). **Planejamento da pesquisa**. São Paulo, SP: AAC, 2001.

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**, Passo Fundo, v. 12, n. 3, p. 18 – 23, 2007. Disponível em:<<http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/12-03/3.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 35 – 41, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100008&lng=pt>. Acesso em: 22 nov. 2011.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 1643 – 1652, 2010. Suplemento 1. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700076&lng=pt>. Acesso em: 22 set. 2011.

FACÓ, E. F. *et al.* O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 70 - 77, 2005, Disponível em:<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40818204.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

FORTUNA, C. M ; MATUMOTO,M.S.M; PEREIRA,S.M.J.B.O trabalho de equipe no programa saúde na família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos.**Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, V.13,n.2, p. 262 – 268, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2011.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON LINE. 1999, Belo Horizonte. **Anais...** [S.l.:s.n.], 1999.

Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 25 set. 2011.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 43, n. 3, p. 463 – 471, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/85.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

KRINGER, L. **Promoção de Saúde Bucal**: paradigma, ciência, humanização. 3. ed. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2003. p.1 - 24.

LOUREIRO, A. C; OLIVEIRA, J. F. **Inversão da atenção**: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995.

LOURENÇO, E. C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no programa saúde da família no estado de Minas Gerais. **Ciência da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1367 - 1377, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=pt>. Acesso em: 22 out. 2011.

MARTELLI, P. J. L. *et al.* Perfil do cirurgião-dentista inserido na estratégia de saúde da família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 3243 - 3248, 2010. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a29v15s2.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2011.

MONTEIRO, V. A. **Percepção do cirurgião-dentista sobre sua inserção na equipe de saúde da família**: um estudo de caso em área programática do município do Rio de Janeiro. 2010. 140f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

MOYSÉS, S. J. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção de Saúde. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**, São Paulo, SP, v. 16, n. 1, p. 10 – 13, 2008.

NARVAI, P. C; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PINTO, V. G. **A Odontologia no município**. Porto Alegre: RGO, 1996. p. 252.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde do Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C, *et al.* **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

XAVIER, B. *et al.* Importância da inclusão do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família. **Jornal Odontológico da FAFICA**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 12 – 20, 2007.