

**JNT-FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY  
JOURNAL - ISSN: 2526-4281 QUALIS B1**



**A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA –  
ESF: REVISÃO DE LITERATURA**

**THE ORAL HEALTH TEAM IN THE  
FAMILY HEALTH STRATEGY ESF:  
LITERATURE REVIEW**

**Carlos Eduardo Guerra Cunha SOUSA  
Instituição Educacional Messias Santos  
E-mail: kaduguerracunha07@hotmail.com**



## RESUMO

O Ministério da Saúde no ano 2000 observou a necessidade de incorporar a Equipe de Saúde Bucal – ESB na Estratégia Saúde da Família – ESF, para modificar a assistência odontológica disponibilizada. Somente a prestação de serviços curativos não assistia o resultado almejado, ou seja, a diminuição das mazelas bucais e o tratamento odontológico de qualidade que abrangesse a população em suas diferentes faixas etárias. Incluindo a ESB na ESF observou-se a oportunidade de transformar esse quadro, desejando colaborar com o princípio da integralidade, isto é, idealizar o indivíduo como um todo e não fragmentado, ofertando um serviço em todas as áreas, implantando ações dirigidas à promoção de saúde, identificando, prevenindo e tratando em si das patologias bucais, oferecendo uma adequada conscientização aos usuários do SUS. A presente pesquisa tem como objetivo abordar a significância da integração da Equipe de Saúde Bucal – ESB a Estratégia Saúde da Família – ESF, para contribuir na recuperação da saúde bucal e geral dos usuários do SUS, cooperando para a criação de vínculos entre assistidos e profissionais. O método utilizado neste estudo foi uma revisão bibliográfica através de busca online na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, e PubMed.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Saúde Bucal. Atenção à Saúde. SUS.

## ABSTRACT

The Ministry of Health in 2000, observed the need to incorporate the Oral Health Team - ESB in the Family Health Strategy - ESF, to modify the dental assistance provided. Only the provision of curative services did not assist the desired result, that is, a reduction in oral ailments and quality dental treatment that covered the population in its different age groups. Including the ESB in the FHS, there was an opportunity to transform this situation, wishing to collaborate with the principle of integrality, that is, idealize the individual as a whole and not fragmented, offering a service in all areas, implementing actions aimed at promoting health, identifying, preventing and treating oral pathologies, offering adequate awareness to SUS users. This research aims to address the significance of the integration of the Oral Health Team - ESB with the Family Health Strategy - ESF, to contribute to the recovery of oral and general health of SUS users, cooperating for the creation of bonds between assisted and professionals . The method used in this study was a bibliographic review through online search in the Virtual Health Library (VHL), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Scholar, and PubMed.

**Keywords:** Family Health. Oral Health. Health Care. SUS.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, os primeiros modelos de atenção em saúde bucal apresentaram ineficiência, tendo em vista que não corresponderam de forma significativa as mazelas de saúde da população, e inutilidade, dado que dispunham um elevado custo de execução e pouquíssima produtividade, embora que a odontologia nos últimos anos tem apresentado um grande desenvolvimento tecnológico e científico.

Tradicionalmente, esses arquétipos ocasionaram traços memoráveis no exercício da odontologia contemporânea. Anteriormente à Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), somente gozavam ao direito dos serviços odontológicos públicos os trabalhadores contribuintes ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social), o que também ocorria em outros setores da saúde. Esse auxílio priorizava as intervenções curativas, limitadas e isoladas, em condição ambulatorial e de livre demanda, exercida unicamente pelo Odontólogo. Com a implantação do SUS, a acessibilidade da população aos serviços de saúde passou-se a ser assegurado legalmente e não mais tolerada a exclusão de qualquer classe populacional.

Com o surgimento dessa nova política nacional de saúde, idealizou-se a viabilidade da criação de diferentes elos entre sujeitos históricos do SUS (a população, os acadêmicos, os gestores e os trabalhadores da saúde), todos em uniformidade de premissas para, de forma mais ousada, interferir na resolução dos desprovimentos da sociedade, ou seja, a estruturação de uma saúde bucal coletiva. Esse contexto exemplifica a relevância da incorporação da odontologia no SUS, como método de modificação da prática, inserindo conceitos recentes, conteúdos e meios de organização, e procurando o avanço das condições de saúde bucal da população.

A expansão da saúde bucal na atenção primária e seu enaltecimento deram-se, através da introdução do Cirurgião Dentista (CD) às equipes da ESF indicando a necessidade de se analisar como formular e instalar práticas de saúde bucal em distintas situações organizacionais e políticas, e em que proporção os agentes de tais práticas definem suas ações e as assimilam. A maneira de atendimento empregado na ESF pelas equipes de saúde bucal necessita ser direcionado ao controle e tratamento das doenças bucais, à promoção de saúde, sendo prioridade a eliminação da infecção e consequentemente da dor.

Efetivamente, com a chegada da ESF, a odontologia constatou que estava imersa num contexto de transição de paradigma, em um ângulo diferenciado de atenção em saúde, que visa avaliar o paciente como um todo e não meramente as suas moléstias bucais. As intervenções de saúde bucal carecem se nortear pelas diretrizes e princípios do SUS que

almejam, mais que a ampliação do acesso da população às ações e à solução dos problemas de saúde-doença bucal situados e o intermédio nos aspectos determinantes de saúde.

O objetivo central deste trabalho é debater sobre a integração da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família – ESF. Compreendendo as facilidades e dificuldades vistas pela Equipe de Saúde Bucal – ESB que provocam sucessos ou insucessos com o desempenho na promoção de saúde. Assim sendo, aprofundando o entendimento das ações preventivas inclusas na área da Odontologia para aprimorar a qualidade dos serviços disponibilizados.

Baseado na investigação de estudos sobre a ESF, é nítida a necessidade de uma maior percepção das atribuições da Equipe de Saúde Bucal – ESB incorporada na Equipe Saúde da Família – ESF, tal como as suas incumbências na atenção primária, com a finalidade de aprimorar o acesso ao serviço oferecidos pela ESB e conseqüentemente, progredir a condição de vida dos usuários do SUS.

O presente estudo é constituído por uma revisão da literatura, na qual realizou-se consultas a livros e artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do Scielo, Pubmed/Medline e Google acadêmico. A mesma foi realizada utilizando às terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde. Palavras-Chave: Saúde da Família. Saúde Bucal. Atenção à Saúde. SUS.

36

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Estratégia Saúde Da Família – ESF**

A fundação do Sistema Único de Saúde – SUS, regimentado pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990, designaram diversas modificações nas políticas de saúde no Brasil. A admissão da decadência do modelo assistencial dominante, no setor da saúde coletiva, vem acarretando a urgência de planejamentos que objetivem à mudança do método de atenção em saúde, de suas técnicas e, em conexão com estas, do modo de trabalho em saúde. Como afirma Farias:

Aconteceu, a princípio, em municípios com grande extensão rural e poucos recursos para realizar suas ações de saúde. Essa experiência permitiu mais veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para a própria organização da atenção à saúde nos municípios, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS. Tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todo o território nacional (FARIAS et al, 2010, p. 38).

As tentativas de transformações do modelo assistencial no Brasil foram despertadas com o avanço de dois programas de saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 1991, com o intuito de cooperar para a diminuição das mortalidades

materna e infantil, em especial nas regiões Nordeste e Norte e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Segundo Farias:

Em 1994, tendo como referência as experiências desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra e em função dos bons resultados obtidos com o PACS, criou-se o PSF, que institui uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde, em equipe, visando a um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. O PSF significou a adoção de uma postura mais ativa dos serviços de saúde frente aos riscos e danos aos quais se viam submetidas as populações dos territórios sob sua responsabilidade (FARIAS et al, 2010, p. 38).

Oliveira e Saliba ressaltam a importância do PACS para a Estratégia Saúde da Família – ESF:

O PACS foi o braço auxiliar no estabelecimento do SUS e na organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Para a adesão do município ao programa, certos requisitos passaram a ser exigidos: o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde; a existência de uma unidade básica de referência do programa; a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão dos Agentes Comunitários e auxílio às ações de saúde; e a existência do Fundo Municipal de Saúde para receber os recursos do programa (OLIVEIRA E SALIBA, 2005, pp. 298-299).

A ESF estabelece um marco funcional em direção à transição do método assistencial brasileiro, determinando a necessidade de reconsiderar as vigentes práticas. Na circunstância contemporânea da organização da saúde brasileira, a ESF tem realizado um papel programado para a composição e edificação do SUS.

Fundamenta-se no atual conceito sobre o processo saúde-doença, com alerta para a família e com intervenções sistematizadas em um território delimitado. Como afirma Souza e Roncalli:

Tornou-se o carro-chefe do modelo assistencial do SUS e foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo tradicional de assistência impôs um descompasso entre os princípios do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde (SOUZA E RONCALLI, 2007, p. 2727).

O advento da ESF no final do século XX, sustentado pelo Ministério da Saúde, retrata o enaltecimento da família nos compromissos das políticas sociais brasileiras, além de poder ser afirmado em encargo das transmutações sócio-políticas efetuadas no país, facultado o fortalecimento crescente do projeto neoliberal, que define o desinvestimento em saúde, especialmente no contexto hospitalar/curativo.

Boareto detalha como uma equipe de saúde da família deve ser formada:

A ESF estrutura-se em uma unidade básica de saúde, facilitando a identificação e um tratamento humanizado. Atua com uma equipe

multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários. A partir de 2000, odontólogos, técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal, assumem a responsabilidade por uma determinada população, em um território definido, onde desenvolvem suas ações. Integram-se numa rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral dos indivíduos e famílias, assegurando-se referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica (BOARETO, 2011, p. 15).

Baldani et all., enfatizam sobre o trabalho da equipe multiprofissional na ESF:

Pode-se incluir ainda às bases desse modelo assistencial aspectos relativos à área de abrangência com adscrição da clientela, equipe multiprofissional com ações intersetoriais, ações programadas a partir de prioridades epidemiológicas e intensa participação comunitária. O envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, torna-se fundamental para a construção do novo processo assistencial, possibilitando a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Configura também, uma nova concepção de trabalho, com capacidade de formar vínculos e propor alianças, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do fortalecimento sistema usuário (BALDANI et all., 2005, p. 1027).

Determinado pela Organização das Nações Unidas (ONU), o ano de 1994, foi considerado o ‘Ano Internacional da Família’, estabelecendo-se também como o momento/marco brasileiro de reconhecimento da família, como o centro do cuidado, através dos profissionais de saúde na atenção básica mediante ao Programa Saúde da Família.

As ações deste programa devem atender a cada indivíduo em sua integralidade, complexidade, singularidade e incorporação sociocultural. No tocante à saúde, precisa identificá-lo como sujeito, apto a conhecer, entender, expressar e proceder a sua forma e de concordância com sua vivência, resguardando os seus preceitos. Portanto, as ações de saúde devem respaldar-se em um processo participativo de escuta e diálogo, almejando fornecer a autonomia provável para sua efetivação.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (FARIAS ET ALL, 2010, p. 38).

As equipes da ESF executam suas ações conduzindo a população, agindo com uma grande resolubilidade e gastos indiretos baixos. Os seus territórios de cobertura abrangem as residências, creches e escolas. Emmi e Barroso relatam que:

A partir dessa delimitação da área de abrangência é possível identificar, com mais facilidade, os principais problemas de saúde que afetam aquela comunidade, compreendendo os principais agravos da população, permitindo que seja elaborado diagnóstico e avaliação permanente para planejar e desenvolver ações de saúde coerentes com a realidade vivida (EMMI E BARROSO, 2008, p. 36).

A assistência da ESF não é simplificada, e sim uma ampliação da atenção básica rumo à inserção de práticas educativas, preventivas e curativas mais aproximadas da realidade da população, e particularmente, dos grupos mais vulneráveis. Desse modo, auxiliará impreterivelmente como acesso de entrada para os serviços de saúde. Rosa e Labete mencionam sobre a adversidade em relação ao modelo assistencial de saúde vigente:

O problema do atual modelo assistencial está no processo de trabalho médico centrado que acaba operando centralmente na produção do cuidado e da cura. Assim, faz-se necessária uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção da saúde. Nesse sentido, “pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde” (ROSA E LABETE, 2005 p. 1032). (aspas do texto original).

Diferentemente do que muitos pensam a ESF ao eleger a atenção primária, não optam pela opção econômica mais acessível, e nem tão pouco pela técnica mais simplificada. Lourenço justifica a importância das ESF estarem inseridas no primeiro nível de atenção à saúde:

Deve estar articulado com os demais níveis de atenção e conhecendo a sua população, com suas necessidades, tem a possibilidade de ordenar os encaminhamentos, racionalizando o uso dos recursos terapêuticos mais caros. Portanto, as ESF, estando inseridas na atenção básica, no primeiro nível de ações, devem articular a referência e contra referência dos serviços de saúde (LOURENÇO ET ALL, 2009, p. 1375).

### **As Políticas Públicas e a Estruturação dos Serviços em Saúde Bucal**

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ter destaque no Brasil, e é nítida a evolução que a mesma passa a ter. Mudança essa para tentar rever o modelo assistencial vigente no país, marcado pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo, pelo uso irracional dos mecanismos disponíveis e, sobretudo, pela pouca resolubilidade.

O efetivo estabelecimento do SUS iniciou-se na década de 1990, posteriormente a promulgação da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e de diversas portarias e normas expedidas pelo Ministério da Saúde, utilizadas como dispositivos reguladores do sistema.

Boareto disserta sobre a instituição do SUS e dos desafios para a saúde bucal:

Com a implantação do SUS em 1990, ficam definidos os princípios que devem nortear o novo sistema: a universalidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização, integralidade e a participação comunitária, por meio do controle social, trazendo um grande desafio para a saúde bucal coletiva, que é reformular suas práticas para responder às diretrizes do SUS. Um grande obstáculo era conseguir os recursos financeiros para o pleno financiamento desse sistema. Nesse aspecto, a assistência odontológica pela sua complexidade e “alto” custo, ficaria sempre relegada a um plano secundário, sendo a Odontologia considerada um apêndice nas políticas de saúde (BOARETO, 2011, p. 18).

Já Oliveira e Saliba, falam sobre as primícias da odontologia na saúde pública brasileira:

Durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como escolares, por meio de programas voltados para a doença cárie e periodontal. O restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos (OLIVEIRA E SALIBA, 2005, p. 298).

Neste cenário, em função da ânsia de expandir as ações de prevenção e assegurar as aplicações no âmbito curativo em procedimentos odontológicos, o MS sugeriu como meio estratégico de reorganização da atenção primária à saúde, a integração de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família.

A introdução das ESB na atenção básica teve como objetivo minimizar os índices epidemiológicos e aumentar o acesso dos usuários do SUS às ações de saúde bucal. Baldani menciona como as ESB foram realmente inseridas na atenção básica:

Somente em dezembro do ano 2000, por intermédio da Portaria n. 1.444 do MS (Diário Oficial da União 2000; 29 dez), houve um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira, frente aos alarmantes resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde: PNAD 1998. Rio de Janeiro; 2000), visando então a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores epidemiológicos (BALDANI et al., 2005, p. 1027).

Baldani ainda narra sobre o efeito causado pela ausência da atenção odontológica desde a implantação da ESF:

O fato da odontologia não estar presente desde o início do programa possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais correlacionados, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal (BALDANI ET ALL, 2005, p. 1027).



Firma-se, assim, a Odontologia na Estratégia Saúde da Família, e conseqüentemente, a perspectiva de reorganizar a atenção odontológica no Brasil. Diante disso, Boareto relata como a atenção odontológica dentro da ESF foi organizada: “Foram definidas duas modalidades de equipes, a modalidade I composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e a modalidade II de um CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB)” (BOARETO, 2011, p. 19).

Lourenço et all., fala sobre um importante programa da atenção odontológica, o “Brasil Sorridente”:

Em março de 2004, o MS lança o "Brasil Sorridente", política de saúde bucal do Governo Federal, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Cinco frentes de ação foram estabelecidas: ampliação do atendimento na rede básica, criação de centros de especialidades, ações educativas, implantação de próteses e fluoretação das águas. Para ampliar o acesso à rede básica, houve um aumento nos incentivos financeiros para a inclusão das ESB no PSF, com investimentos iniciais na ordem de R\$ 18,9 milhões, resultando em um crescimento de 106% das ESB no PSF entre dezembro de 2002 e setembro de 2004 (LOURENÇO ET ALL., 2009, p. 1368).

Mais significativo do que desenvolver ações de prevenção coletiva e educação em saúde bucal é exercê-las racionalmente, com análises periódicas no consultório odontológico e/ou dentro da UBS para verificar se de fato estão sendo eficazes.

41

### **A Incorporação Da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família ESF**

A saúde bucal está indissociavelmente e absolutamente vinculada a saúde geral do indivíduo e se encontra propriamente relacionada às condições de lazer, renda, alimentação, trabalho, moradia, acesso aos serviços de saúde e às informações.

Lourenço et al, comentam sobre a dificuldade da inserção da ESB na ESF: “No que tange às ESF, como a implantação se deu tardiamente, há de serem consideradas as dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes do PSF, bem como diferenças nas formas de implantação das ESB” (LOURENÇO et al., 2009, p. 1368).

Um aspecto relevante desta estratégia remete-se ao método de trabalho. Ao propor à saúde bucal a orientação de sua incorporação em uma equipe multiprofissional, mais do que inserir "novo", confronta poderes, lugares e valores estabelecidos pelas práticas dos moldes que o antecederam. Este contexto ocasiona instigação de se trabalhar em equipe. Ainda que estabelecendo a equipe de trabalho de uma UBS, esses profissionais nem sempre se encontram capacitados e com aptidão para atuar de modo integrado. Saber conviver com esses encontros é um grande desafio, visto que, além da capacidade de integração, é também uma zona de divergências, de oposição e de discussão.

Boareto opina sobre indispensabilidade da aproximação dos profissionais da ESF:

Observa-se, portanto, uma necessidade de evolução na integração entre os vários profissionais da ESF; este distanciamento talvez possa ser explicado por fatores como a inserção tardia das ESB na ESF, pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal que dificultam a abordagem do indivíduo como um todo e pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESB, impedindo-a de interagir com os demais profissionais (BOARETO, 2011, p. 20).

O Ministério da Saúde ressalta sobre o desempenho da ESB com os demais integrantes da equipe multiprofissional:

A atuação da ESB não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (BRASIL, 2004, s/p).

No trabalho em conjunto, nem um profissional perde seu grupo de atuação específico, entretanto, a conduta dos dilemas é que toma uma nova perspectiva. Identificar, intender, cuidar e monitorar se torna uma responsabilidade de todos.

Lourenço et al, destaca a importância da ESF para o SUS e aponta algumas adversidades encontradas pelos gestores de saúde:

É uma estratégia e parte integrante e fundamental do SUS, o qual vem avançando não uniformemente em todos os municípios com diversos desafios e dificuldades, tais como financiamento, modalidades de contratação, carência de profissionais, capacitação do pessoal, manutenção de quadros, execução financeira e outras (LOURENÇO et al., 2009, p. 1368).

Reconhecendo a função que a saúde bucal executa na saúde geral do paciente e a relevância do seu prosseguimento no SUS, a integração da odontologia na ESF tem sido observada como possibilidade de cessar com os históricos moldes de atenção à saúde bucal, inúteis e eliminadores, embasados no biologicismo e curativismo. Isso em razão da ESF tenta remodelar a coerência dos modelos de atenção anteriormente aplicados pela odontologia, dado que sistematiza as recomendações da vigilância à saúde, respaldando-se na integralidade, buscando estruturar a atenção por meio da busca ativa de famílias e favorecendo alterações no processo de trabalho.

Emmi e Barroso destacam o papel da ESB dentro da ESF:

As equipes de saúde bucal devem ser preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando à atuação para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais. Para isso é necessário que haja inicialmente uma modificação no paradigma da prática odontológica baseada no modelo cirúrgico-restaurador (EMMI E BARROSO, 2008, p. 37).

Também é frisado por Emmi e Barroso a necessidade de uma nova formação aos futuros cirurgiões dentistas que vierem a compor a ESB na ESF:

É preciso, então, que sejam formados clínicos gerais com sólidos conhecimentos clínicos, mas também em saúde coletiva, para poder aliar a competência técnica ao compromisso social. Portanto, há a necessidade de ocorrer um treinamento do dentista antes de ser incorporado à equipe, proporcionando ao profissional a compreensão das políticas de saúde propostas pelo SUS, estimular a desmonopolização dos saberes de saúde bucal para o restante da equipe e capacitar o desenvolvimento de atividades em grupo, como educação em saúde, porque o sucesso dos programas destinados a elevar o nível de saúde bucal, depende fundamentalmente dos recursos humanos adequadamente preparados (EMMI E BARROSO, 2008, p. 37).

Sendo assim, na ocasião em que uma ESB realizar visitas domiciliares, ou mesmo colaborar na fase de cadastramento da população, ela se aproximará dos indivíduos inclusos em seu contexto sócio familiar e assimilará as variadas relações, o que fortifica o vínculo e ajuda para aprimoramento da acessibilidade aos serviços de saúde. São essenciais a programação e o planejamento das ações odontológicas, que devem partir das averiguações epidemiológicas e da determinação de critérios. Estes dispositivos são imprescindíveis para avaliações sobre a influência das ações, fato esse que, até anos atrás, era impraticável na maior parte dos municípios.

### **As Incumbências da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família ESF**

Segundo a portaria 648 do Ministério da Saúde, fazem parte dos procedimentos de saúde bucal da atenção primária que o odontólogo deverá realizar: aplicação tópica de flúor, profilaxia, restaurações, extrações e periodontia básica (PORTARIA Nº 648/2006).

Boareto menciona sobre as finalidades da odontologia atual e realça o comprometimento dos diversos trabalhadores que forma a equipe multiprofissional da atenção básica:

[...] as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Nesse sentido, os cirurgiões dentistas são convidados a repensar a sua prática e exercer um papel dentro da odontologia em saúde coletiva. Os profissionais têm a responsabilidade de advogarem políticas públicas saudáveis e de auxiliarem as pessoas a capacitarem na busca de sua qualidade de vida e da coletividade (BOARETO, 2011, p. 22).

Aerts e Abegg reforçam os encargos do CD dentro uma comunidade e salientam o valor da fortificação das ações em grupo:

As atribuições do dentista em nível local podem ser direcionadas para o fortalecimento das ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços em saúde. O fortalecimento das ações comunitárias é uma das partes mais importantes para a promoção de saúde bucal da população, visando à integração da abordagem tradicional-vertical com a abordagem horizontal (AERTS & ABEGG, 2004, p.136).

Os usuários do SUS em uma comunidade são tidos como recursos primordiais para a composição da saúde bucal. Assim, a colaboração básica é o comprometimento ativo da população. Consequentemente, encarrega a população pela busca, proteção e promoção de sua saúde própria.

A educação em saúde é um dos programas que compõe a saúde pública. Na realidade, contudo, observa-se que os servidores envolvidos nos programas retratam receios de como e o que executar. Na maioria das vezes praticam meramente como mediador de informações e de materiais educativos fornecidos por órgãos oficiais, sequer analisando a realidade local. Logo, embora se esforcem, não se alcança o efeito aguardado.

Esse exemplo de trabalho, segundo Boareto tem sido realizado pelas ESBs, no entanto, sempre foi abordado de forma tradicional, com a ausência da participação da comunidade nesse processamento:

As ações educativas realizadas pelos cirurgiões-dentistas se restringem, na maioria das vezes, a palestras ou vídeos educativos. Nas escolas, os temas de saúde bucal são pouco explorados pelos professores e que não há uma articulação entre as equipes de saúde bucal e estas instituições sobre a discussão ampliada e problematização destes temas (BOARETO, 2011, p. 22).

Boareto ainda profere sobre métodos preventivos tradicionais, baseado na memorização de informações, o que não cumpre o maior objetivo, que é a modificação do saber em algo capaz de gerar autonomia dos próprios cuidados com a saúde:

Sabe-se da importância da educação para o controle das doenças bucais e, para isso, é necessária uma integração e articulação do setor saúde com o setor educação. Todavia, atualmente, não existe uma normatização das estratégias preventivas para a Odontologia. Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo. É fundamental o relacionamento com os demais integrantes, como o médico e o enfermeiro. O dentista, através de reuniões de equipe, pode passar informações de saúde bucal para estes profissionais, que vão repassá-las a seus pacientes (BOARETO, 2011, p. 23).

No âmbito da ESF, a educação permanente em saúde configura como uma atividade prevista e delegada a todos os profissionais que integram a ESF. Aguarda-se que esta se faça habilitada para assistência total e direta às famílias da área adscrita, reconhecendo situações de ameaça à saúde na comunidade assistida para enfrentar, em conjunto com a população, os determinantes do processo saúde-doença, e potencializar os meios educativos de saúde, voltados para o aprimoramento do autocuidado dos usuários.

O odontólogo deve participar ativamente das atividades de educação, promoção e prevenção, organizando tempo para se reunir com a população da área onde atua e com os profissionais de saúde. O mesmo deve cooperar no processo de planejamento e avaliação das ações que foram desenvolvidas, realizando visitas domiciliares, sempre que possível para inteirar-se da realidade da comunidade e de suas condições de vida.

Conforme o Ministério da Saúde: “Dentre as atribuições do cirurgião-dentista no PSF está o atendimento a grupos prioritários, que são classificados em: crianças, gestantes, diabéticos e hipertensos” (BRASIL, 2001).

Segundo Araújo e Dimenstein:

O odontólogo deveria, pois, destinar, no mínimo, dois turnos semanais para o atendimento a esses grupos e se reunir frequentemente com essa população, aproveitando os mesmos turnos utilizados pelos outros membros das ESF, compostas pelos médicos, enfermeiros e ACS, para que estes participem desses encontros (ARAÚJO E DIMENSTEIN, 2006, p. 225).

Em relação à carga horária dos trabalhadores das equipes de saúde da família, Boaredo diz que:

O estabelecimento da carga horária de 40 horas para os profissionais das equipes de saúde sustenta-se na ideia de que esta é uma condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre estes e a população. E, ainda, para melhor desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto o assistencial (BOARETO, 2011, p. 24).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família – ESF, transformou-se um símbolo institucional de um método programático resultante do setor governamental de saúde, que gradativamente vem sendo implementado em todo território brasileiro. Uma das principais diretrizes da ESF reporta-se ao serviço interdisciplinar de equipes multiprofissionais em UBS, encarregados pela supervisão de um número determinado de famílias que residem em uma

área adscrita, onde os trabalhadores da saúde devem desenvolver ações de proteção, promoção e recuperação da saúde coletiva e individual.

A equipe básica de profissionais que compõem a equipe da ESF são: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e a mais recente integrante, a equipe de saúde bucal (Odontólogo, técnico em saúde bucal –TSB e auxiliar de saúde bucal – ASB). Com a inclusão da ESB à ESF, o Ministério da Saúde consolidou a execução dos princípios do SUS, como a integralidade, a equidade e a universalidade. Disponibilizando não somente o tratamento curativo, assim como, ações que trazem a educação em saúde e a instrução que possivelmente irá resultar em mudança de hábitos dos usuários do SUS, sendo estes os pilares elementares para a transformação do desatualizado modelo assistencial.

A ESB deve elaborar ações que visem a diminuição da cárie dental em todas as faixas etárias, destinando prioridades aos grupos de risco presentes no território adscrito, sempre estimulando a criação de vínculos mediante da humanização do atendimento, estando ciente dos fatores que podem estar intervindo no seu cotidiano, esforçando-se para evitar ou/e reverter os casos de patologias bucais nesses indivíduos.

Com a junção da saúde bucal à saúde geral, o usuário passou a ser tratado como um todo, e não mais como um ser fragmentado, a partir da atuação das equipes de multiprofissionais. Para que isso aconteça de fato, os servidores do SUS devem estar em reciclagem constante através das capacitações e da educação permanente, planejando e modificando o seu processo de trabalho, oferecendo assistência permanente e integral as famílias assistidas. Com isto estaremos proporcionando mudança de hábitos e em resultado será atingido o real objetivo que é a melhoria da qualidade de vida de cada usuário presente em nossa área de abrangência.

46

## REFERÊNCIAS

AERTS, D; ABEGG, C; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9. n. 1, p. 131 – 138. 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100013&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100013&lng=pt&tlng=pt). Acesso em 27 jan. 2021

ARAÚJO, Y.P; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no programa saúde da família de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11. n. 1, p. 219 – 227. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29467.pdf>. Acesso em 27 jan. 2021

BALDANI, M.H. et al. A inclusão da odontologia no programa saúde da família no estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21. N. 4, p. 1026 – 1035, jul – ago. 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0343.pdf>. Acesso em 27 jan. 2021

BOARETO, P.P. **A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família (ESF)**. TCC (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais – MG, p. 33. 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2630.pdf>. Acesso em 27 jan. 2021

BRASIL, **Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde**. Portaria 648 de 28 de março de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> Acesso em 05 nov. 2020.

BRASIL. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria no 267/GM de 6 de março de 2001**. Dispõe sobre normas e diretrizes da inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 6 mar. 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm). Acesso em 27 jan. 2021

EMMI, D.T; BARROSO, R.F. Avaliação das ações de saúde bucal no programa da saúde no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13. n. 1, p. 35 – 41, 2008.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte, MG: Editora Coopmed, 2010.

LOURENÇO, E.C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde no estado de MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14. n. 1, p. 1336 – 1377. 2009.

OLIVEIRA, J. L.C; SALIBA, N.A. Atenção odontológica no programa de saúde de Campos dos Goytacazes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 297 – 302. 2005.

ROSA, W. A. G; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13. n. 6, p. 1027 – 1034, nov – dez. 2005.

SOUZA, T. M. S; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no programa saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23. n. 11, p. 2727 – 2739, nov, 2007.