



# A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL E A OPERACIONALIZAÇÃO DAS SUAS PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO MUNICÍPIO DE SOBRAL - CE

ORAL HEALTH CARE AND IMPLEMENTATION OF ITS PRACTICES IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY BY THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN SOBRAL, CE.

Márcio Anderson Cardozo Paresque 1  
Denise de Souza Aragão 2  
Marina Barreto Lima Fernandes 3  
Maria Lizzia Moura Ferreira dos Santos 4  
Janice D'ávila Rodrigues Mendes 5  
Pollyana Martins Pereira 6

## RESUMO

Os agravos bucais e suas sequelas são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de Saúde Pública, com graves consequências sociais e econômicas. Diante disso, implanta-se a Equipe de Saúde Bucal, como integrante da equipe mínima. Assim, este artigo, visa descrever as ações da Odontologia realizadas pelas VI e VII turma da RMSF no município de Sobral-CE. Para tanto, realizamos uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiências vivenciadas pelos residentes nos bairros Vila União e Sinhá Sabóia. As ações desses residentes organizaram-se tomando como referência o modelo por linhas de cuidados por ciclos de vida, tomando as condições de saúde como ponto a priorização, indo de encontro ao princípio da equidade. Dentro desses grupos foram prestadas assistência individual, atendimento multiprofissional, visitas domiciliares, ações intersetoriais, abordagens coletivas, além de educações permanentes com profissionais do CSF, participação em espaços de controle social, organização da demanda de urgência e emergência e prótese dentária.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal. Atenção à Saúde. Participação.

## ABSTRACT

Oral diseases and related sequelae are very prevalent in Brazil, which are considered a Public Health Problem with severe social and economic consequences. Hence, the Oral Health Team was included as member of the minimum team. This paper describes the actions in the dentistry field performed by the 6<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> classes in the Multiprofessional Residence in Family Health in Sobral, CE, Brazil. For that, a descriptive study was conducted to report the experiences of these residents working in Vila União and Sinhá Sabóia neighborhoods. The actions of these residents were organized according to the model of lines of care by life cycles, giving priority to health conditions, which meets the principle of equity. These groups provided individual and multiprofessional care, performed home visits, inter-sector actions and collective interventions, in addition to permanent educational actions implemented with the family health unit's professionals, social control participation, organization of the urgency and emergency demand and dental prosthesis.

**Key words:** Oral Health. Health Care. Participation.

- 1 - Odontólogo. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS. Especializando em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.  
2 - Odontóloga. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS. Especialista com caráter de Residência em Saúde da Família pela EFSFVS. Odontóloga.  
3 - Odontóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS. Especialista em Dentística Restauradora pela Academia Cearense de Odontologia.  
4 - Odontóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Sociedade Hólon/Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - BA.  
5 - Odontóloga. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS. Especialista com caráter de Residência em Saúde da Família pela EFSFVS. Especialista em Prótese Dentária pela Associação Brasileira de Odontologia - Ceará  
6 - Odontóloga. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS. Especialista com caráter de Residência em Saúde da Família pela EFSFVS.

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 preconiza a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e de outros agravos, bem como acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como estratégia para reorganização do modelo de atenção à saúde, buscando operacionalizar os princípios do SUS no âmbito da Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou em março de 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Segundo o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

No Brasil, a cárie e a doença periodontal são as doenças mais prevalentes da cavidade oral, de acordo com o Projeto SB (BRASIL, 2004a), existe uma alta tendência de crescimento desses índices em função do caráter cumulativo desses agravos.

Os agravos bucais e suas seqüelas são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de Saúde Pública, com graves conseqüências sociais e econômicas. É importante ressaltar que tais agravos são facilmente prevenidos através da mudança dos hábitos de higiene bucal e de alimentação da população, assim como a realização de ações de educação em saúde com o objetivo de estimular os usuários para a autonomia e o auto-cuidado. Nesse contexto, a educação em saúde bucal tem sido cada vez mais público e coletivo (PAULETTO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

As Diretrizes da Política Nacional da Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) orientam a reorganização da Atenção em Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, tendo o cuidado como o eixo da reorientação do modelo. A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde, como também conhecer a realidade local e a situação de saúde da área adscrita.

A partir de 1998, o município de Sobral - Ceará passou a incluir gradualmente a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF dando seguimento ao Projeto de Reestruturação das Ações Odontológicas, que foi apresentado em outubro de 1997 pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde. Este documento foi o primeiro a realizar um diagnóstico

## *Os agravos bucais e suas seqüelas são de grande prevalência no Brasil, constituindo-se em problemas de Saúde Pública, com graves conseqüências sociais e econômicas.*

de situação, apontar necessidades e proposições na área da saúde bucal do município (MENDES, 2004). Apenas em 2000, através da Portaria Nº. 1444, estabeleceu-se o incentivo financeiro para as ESB na ESF, pelo Ministério da Saúde.

Zanetti (2002) afirmou que essa inclusão da ESB representou a possibilidade real e histórica de se instituir um novo paradigma na prática da saúde bucal, apesar de, por outro lado, poder estimular a expansão não sustentável da oferta de serviços, dado o despreparo do cirurgião-dentista (CD) para atuar neste novo contexto.

A inclusão da odontologia na chamada equipe mínima ampliou as dimensões do seu processo de trabalho para grupos, coletivos e comunidade, o que usualmente não estava previsto na formação acadêmica (MENDES, 2004). O CD que historicamente, no seu processo formativo, teve como foco a atenção individual curativista, tem como desafio a reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica sob o marco da promoção da saúde e da integralidade.

Em virtude dos aspectos citados anteriormente, considerando a necessidade de reflexão sobre a organização do processo de trabalho, os avanços e desafios da Odontologia na ESF, este artigo visa descrever as ações da Odontologia realizadas pelas VI e VII turma da RMSF no município de Sobral-CE.

## 2 METODOLOGIA

Realizamos uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência a partir da observação sistemática dos fenômenos e registros de diários de campo. Segundo Ponte et al. (2010, p. 5) "os termos descritiva, descrição e descrever referem-se ao fato de esse tipo de pesquisa apoiar-se na estatística descritiva para realizar as descrições da população (mediante amostra probabilística) ou do fenômeno, ou relacionar variáveis".

O campo de investigação foram os territórios urbanos

*Com a criação da ESF, a saúde pública passa a ter como base operacional a centralização das suas ações no núcleo familiar, tendo os princípios doutrinários do SUS como a base desse novo modelo.*

do município de Sobral, Ceará denominados Vila União e Sinhá Sabóia, local de atuação dos residentes de Odontologia no período de julho de 2008 a junho de 2010.

Utilizamos como fonte primária para coleta de dados a narrativa do vivido pelos residentes, além de diários de campo e agendas de organização de serviço, e oficinas de consolidação das ações realizadas com participação dos próprios residentes, preceptores de categoria e tutores.

Este estudo tomou em consideração os Princípios da bioética, observando as diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com anuência da Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral.

Destacamos ainda, a observância ao desafio de investigar o campo de prática de um dos pesquisadores, no qual se constituiu, ao mesmo tempo, sujeito e objeto da pesquisa. Esse desafio passa por discussões epistemológicas e ontológicas, sugerindo que pesquisas sob este prisma são úteis e necessárias por permitirem confrontar suposições e percepções e ensejarem aprendizagem e reflexão.

A análise dos dados foi realizada por meio da leitura exaustiva, com vista à crítica externa – crítica do texto, da autenticidade e da providência – e crítica interna, que refere-se ao do valor interno do conteúdo, que aprecia a obra e forma juízo sobre a autoridade do autor, o valor que representa o trabalho e as idéias nele contidas (LAKATOS; MARCONI, 2001).

### **3 HISTORIANDO A SAÚDE BUCAL COLETIVA**

A assistência odontológica pública, no Brasil, a partir do ano 1950 estruturou-se dos clássicos modelos de assistência aos escolares, preconizado pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. O Modelo Incremental surgiu como proposta de prestação de

serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática, em contraponto ao sistema de livre demanda utilizado pela odontologia nas décadas anteriores. Os recursos preventivos desse modelo restringiam-se à fluoretação das águas de abastecimento. Apesar das críticas, esse modelo teve sua importância na odontologia porque foi um marco da programação do serviço público odontológico e quebrou a hegemonia da livre demanda dos consultórios (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Diante de novos conhecimentos sobre a prevenção e o controle da cárie, algumas opções programáticas surgiram como a Odontologia Integral, baseado no Modelo Incremental, enfatizando a prevenção, reconhecendo a cárie como uma doença infecto-contagiosa, instituindo o retorno programado para manutenção preventiva e utilizando a idéia de equipe odontológica, formada pelo cirurgião-dentista, pelo técnico em saúde bucal (TSB) e pelo auxiliar em saúde bucal (ZANETTI; LIMA, 1996).

Na década de 1970, a assistência odontológica pública, a exemplo de outros setores da saúde, atendia somente os trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado.

Em decorrência das críticas ao Modelo Incremental, surgiu no fim da década de 1980, o Programa Inversão da Atenção, descentralizando a atenção curativa clássica, buscando estabilizar o meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos (ZANETTI; LIMA, 1996). Ele adapta sua estrutura organizativa à doutrina do SUS e apresenta como característica o controle epidemiológico da doença cárie através da utilização de métodos preventivos (OLIVEIRA et al., 1999).

Outro modelo difundido na odontologia é a Atenção Precoce, que teve como pressuposto a observação de freqüentes problemas bucais em pacientes na primeira infância e propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, e visava à educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal, controle da amamentação noturna após os seis meses de vida e consumo racional de açúcar (BALDANI et al., 2003).

A partir de 1994, com a criação da ESF, a saúde pública passa a ter como base operacional a centralização das suas ações no núcleo familiar, tendo os princípios doutrinários do SUS como a base desse novo modelo. E assim, ocorre tardiamente, em 2000, a inclusão da ESB na ESF voltada para promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção, com necessidade de melhorar os índices

epidemiológicos e ampliar o acesso, surgindo a partir daí a Saúde Bucal Coletiva.

Em outubro de 1997, a Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social do Município de Sobral - CE, em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), apresentou o Projeto de Reestruturação das Ações Odontológicas. O diagnóstico realizado revelava que o serviço de saúde bucal apresentava várias dificuldades na prática odontológica do município, dentre elas: precária infraestrutura, presença de uma rede credenciada de clínicas odontológicas particulares que prestavam serviço à prefeitura, assistência restrita à sede do município, ações coletivas pontuais, ausência de dados epidemiológicos para avaliação de ações (SOBRAL, 1997).

Desse modo, a Odontologia foi uma das categorias priorizada na RMSF em 2001, através da formação em serviço. Com a metodologia participativa, dialógica, reflexiva e problematizadora, o processo de trabalho foi construído e avaliado sistematicamente, levando a Saúde Bucal a evoluir nas suas ações, promovendo saúde aos cidadãos sobralenses.

Após aproximadamente 10 anos de inserção do CD na ESF ainda observa-se a não totalidade de equipes de saúde com a ESB. A falta de sensibilidade de alguns gestores, o desinteresse dos profissionais pela área da Saúde Pública e os baixos recursos, que dificulta tanto a implantação das equipes quanto influencia nos baixos salários, são desafios ainda a serem enfrentados.

#### **4 REORIENTANDO O MODELO DE ATENÇÃO**

A partir da Residência Multiprofissional em Saúde da Família não só a Odontologia, mas as diferentes categorias de saúde podem, através da formação em serviço, vivenciar e ousar na construção da ESF. A atuação interdisciplinar entra como fundamento para contemplar a integralidade das ações, e fomentar a idéia de que, isoladamente, nos seus conhecimentos técnicos e biomédicos, os profissionais de saúde não podem por em prática essa política baseada na APS.

Os residentes de odontologia tomam como base para organização de suas ações e serviços a Diretriz da Política Nacional de Saúde Bucal e o Guia de Ações e Serviços em Saúde Bucal. A primeira publicada em janeiro de 2004 aponta a necessidade da

reorganização da atenção em saúde bucal [...] tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo [...] centrada

na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente” (BRASIL, 2004b, p.3).

Já o segundo, aponta como um avanço no município em questão desde 2007, quando foi elaborado de forma participativa com os profissionais das ESB, visando subsidiar diagnóstico de situação, programação, planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e serviços executados pelas ESB da ESF, sendo lançado em dezembro de 2009. Neste instrumento, também, dá-se importância a capacitação profissional, através de Educações Permanentes, Curso de Formação de Técnicos de Saúde Bucal e RMSF, realizados em parceria com a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS).

Dessa forma, as ações dos residentes de Odontologia organizaram-se tomando como referência o modelo por linhas de cuidados por ciclos de vida, tomando as condições de saúde como ponto a priorização, indo de encontro ao princípio da equidade. Dentro desses grupos está sendo prestada assistência individual, atendimento multiprofissional, visitas domiciliares, ações intersectoriais, abordagens coletivas, além de educações permanentes com profissionais do CSF, participação em espaços de controle social, organização da demanda de urgência, emergência e prótese dentária.

Vale ressaltar que para reorientação desse modelo de atenção e organização do serviço de saúde bucal é necessário a observação do perfil epidemiológico e condições sócio-econômicas da comunidade, inserindo-se

*A atuação interdisciplinar entra como fundamento para contemplar a integralidade das ações, e fomentar a idéia de que, isoladamente, nos seus conhecimentos técnicos e biomédicos, os profissionais de saúde não podem por em prática essa política baseada na APS.*

*A ação nas escolas visa uma participação ativa no processo de programação e atuação nesta instituição, mantendo uma relação de vínculo com o corpo docente para um trabalho multiprofissional, além da participação de outros profissionais de saúde.*

na estratégia planejada pela equipe de saúde, incluindo assim o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e a RMSF, numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde.

#### 4.1 Atenção à Criança

A implantação de estratégias que promovam a saúde geral das pessoas e, principalmente, das crianças é um dos caminhos para se atingir a melhoria da saúde das populações. Torna-se necessário a criação de programas de saúde que promovam o desenvolvimento de práticas e hábitos saudáveis que atendam a saúde da própria mãe e do bebê, com o objetivo de se estabelecer melhoria na qualidade de vida dos indivíduos (BASTOS; PERES; CALDANA, 2007).

Durante muitos anos a atenção às crianças era restrita aos escolares, tendo o sistema incremental como metodologia escolhida para organizar o processo de trabalho e o serviço em saúde bucal. Além da restrição a atuação na Instituição "escola", os procedimentos coletivos abordados eram modelos tradicionais de educação em saúde, sem participação ativa dos alunos, professores e pais.

Hoje se viabiliza um novo arranjo, não excluindo a atenção aos escolares, pois se entende a importância da articulação dos setores saúde e educação, porém uma forma que possibilite um novo acesso ao grupo, pensando inclusive na atenção aos bebês, tendo em especial um caráter preventivo, não apenas contra a cárie e a doença periodontal, mas ao desenvolvimento da criança.

Dessa forma a organização para atenção às crianças ficou da seguinte maneira:

#### A) Puericultura Odontológica

Entende-se que a promoção de saúde na mais tenra idade pode prevenir danos e gerar mudanças de hábitos e costumes favoráveis para o crescimento e desenvolvimento infantil saudável. A detecção precoce de processos de iniciação e de desenvolvimento da doença cárie possibilita a instituição de métodos preventivos a fim de proporcionar à criança o direito de crescer com saúde bucal (PEREIRA, 2003).

O reforço na orientação quanto à amamentação, não só quanto ao seu caráter nutritivo, mas também para o desenvolvimento físico e mental da criança, se faz importante nesse momento, como forma preventiva de alterações oclusais, devido à relação da amamentação com o desenvolvimento facial e de formação dentária.

Essa atuação se dá de forma interdisciplinar com Enfermagem, Nutrição, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, sempre no intuito de garantir a integralidade. Essas abordagens ocorrem através de ambulatório multiprofissional e visitas domiciliares, com o objetivo de observar e contribuir para o cuidado da mãe e/ou cuidador(es) com o bebê.

#### B) Ação em creches e escolas

Como sugerido por Sobral (2009) a ação nas escolas visa uma participação ativa no processo de programação e atuação nesta instituição, mantendo uma relação de vínculo com o corpo docente para um trabalho multiprofissional, além da participação de outros profissionais de saúde. Portanto são realizadas ações de planejamento, atividades de educação em saúde para alunos, pais e professores, tendo a problematização como metodologia de abordagem, além de levantamento epidemiológico para avaliar o índice de necessidade clínica, tomando a equidade como referência para encaminhamento à assistência clínica.

A atual parceria com o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) facilita essas ações além de viabilizar de forma mais sistemática a escovação supervisionada e a aplicação tópica de flúor.

#### C) Atendimento Clínico

Dentro da organização do serviço há entre um e dois turnos semanais específicos para atendimento clínico às crianças, vendo que compete ao odontólogo realizar atividades clínicas na ESF com caráter de reabilitação.

O direcionamento para o serviço odontológico ocorre a partir do levantamento da Necessidade de Atendimento

Clínico (NAC) realizado nas creches e escolas, visitas domiciliares e triagens para avaliação e classificação de risco nos CSF.

Acredita-se que assim pode-se ampliar o acesso a todas as crianças do Território, estando elas inseridas ou não em uma escola do Bairro, já que se observou um número representativo de crianças do bairro matriculadas em escolas que não havia uma atenção sistemática, e que existiam grupos de crianças, por exemplo, em situação de risco nutricional, com atraso no processo de erupção dentária, que necessitava de uma atenção prioritária em relação àquela com maior índice de necessidade clínica da escola.

#### 4.2 Atenção aos Adolescentes

Esta faixa etária tem sido um grande desafio para desenvolver uma ação dentro dos territórios, comparada a outros grupos etários, primeiro pelo histórico de atenção voltado para os agravos à saúde e não pelos ciclos de vida, segundo, que dificilmente adolescentes frequentam unidades de saúde, a não ser por finalidade estética.

É importante a conscientização das equipes de saúde para o contínuo cuidado que era desenvolvido quando crianças, com o objetivo de consolidar a idéia do autocuidado. Para isso, faz-se necessário conhecer os principais problemas que afetam os adolescentes, como violência, problemas familiares, drogas, álcool, gravidez e outros mais. A violência, de forma especial, tem sido uma grande barreira para o acesso a este grupo etário nos bairros onde atuam os residentes (BRASIL, 2006).

A atenção aos adolescentes desenvolvida pelos residentes ocorre da seguinte maneira:

##### A) Participação em Grupos

Boa parte dos trabalhos desenvolvidos pelos residentes, nos territórios de atuação, voltados para a saúde do adolescente são através de grupos. E o odontólogo pode e deve participar ativamente desses grupos, seja de forma pontual ou como cuidador. Essa atuação ocorre de forma interdisciplinar e intersetorial, tendo articulação com outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde, bem como com líderes comunitários e Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Dois desses grupos de atuação merecem destaques. Um localizado no Bairro Terrenos Novos, que se caracteriza como um grupo urbano, que devido a conflitos com outro grupo do mesmo bairro não podem ter acesso ao

*Parte dos trabalhos desenvolvidos pelos residentes, nos territórios de atuação, voltados para a saúde do adolescente são através de grupos. E o odontólogo pode e deve participar ativamente desses grupos, seja de forma pontual ou como cuidador.*

CSF, além de envolvimento em questões como vício em álcool e drogas, e prestação de pena sócio-educativa, por envolvimento em situações de furtos, por exemplo. O outro se localiza no bairro Vila União e caracteriza-se por ser formado por um grupo de amigos que se conhecem desde a infância, onde se organizam para criar espaços de lazer dentro do bairro, como festas, utilizando esses encontros para discutirem assuntos em comum, relacionados a idade já atuando como lideranças comunitárias tendo inclusive representação no Conselho Local de Desenvolvimento Social e Saúde.

A participação no primeiro grupo surge a partir da necessidade da garantia de acesso aos serviços de saúde, o que também leva a encontros para discussões de temáticas relacionadas a direitos e deveres dos usuários de saúde, até vivências que objetivam a reintegração social dos mesmos. Já no segundo grupo, além da viabilização do acesso, existem rodas de conversas com temáticas como primeiro emprego e situações relacionadas à adolescência.

##### B) Ação em escolas

A atuação nas escolas não deve se restringir às crianças, mas sua atuação deve também contemplar os adolescentes, reforçando a importância da intersetorialidade nesta ação. São dessa forma realizadas ações pontuais, de caráter interdisciplinar, abordando temáticas como: violência, gênero, sexualidade e drogas.

##### C) Atendimento clínico

Como no atendimento a crianças, há na organização do serviço um turno semanal específico para atendimento aos adolescentes. O que difere no direcionamento ao serviço odontológico é que o levantamento das necessidades ocorre apenas nas triagens para avaliação

e classificação de risco, além das visitas domiciliares, sendo esta realizada de forma especial para os jovens em situação de vulnerabilidade social, seja para o uso de drogas ou violência intra-familiar, por exemplo.

### 4.3 Atenção aos Adultos

Este grupo é outro grande desafio para as equipes de saúde, já que corresponde em torno de 50% da população, estando boa parte no mercado de trabalho, que coincide com o horário de atendimento dos CSF. Portanto, suas ações tem sido mais voltadas aos grupos com agravos crônicos tais como hipertensos e diabéticos. Falta ainda dentro desses serviços, trabalhar a integração da atenção à saúde aos programas de saúde do trabalhador e segurança do trabalho, sendo o grupo de trabalhadores o preconizado como prioridade de atenção, posteriormente as pessoas com agravos crônicos.

#### A) Participação em grupos

A participação dos residentes de odontologia em grupos voltados para adultos ocorre de forma pontual, discutindo temáticas relacionadas ao autocuidado em saúde bucal e sua relação com as condições sistêmicas. Os principais grupos de participação são os grupos de HIPERDIA, de mulheres e de postura.

#### B) Atendimento clínico

O atendimento clínico para adultos ocorre com os que participam de triagem por avaliação e classificação de risco, além dos que pertencem aos grupos de agravos a saúde (Hipertensos, diabéticos, tuberculosos e hansenianos). São ofertados um a dois turnos semanais para tais atendimentos. Ocorre, também, atendimento domiciliar aos usuários restritos ao lar.

### 4.4 Atenção aos Idosos

Os idosos já tinham sua atenção garantida antes da entrada dessas turmas da RMSF, pois o exame de prevenção ao câncer de boca em idosos está dentro do Pacto de Gestão do Município de Sobral. Uma das preocupações que se teve foi que essas ações pudessem ocorrer de forma sistemática dentro da organização do serviço e não restrito em momentos pontuais, como durante a vacinação de idosos contra Influenza.

Este grupo também é priorizado para confecção de próteses dentárias, realizadas nos próprios CSF.

#### A) Participação em Grupos

Os odontólogos atuam de forma sistemática em grupo de idosos, na perspectiva de uma melhor qualidade de vida, a partir do autocuidado, além de dias de ações para o idoso, também havendo como intuito uma maior integração social. São realizadas ações interdisciplinares, em especial com educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, num trabalho de prevenção de agravos e de quedas.

Parte dos idosos também, compõem os grupos de caminhada, de mulheres e de HIPERDIA, onde, como já citado, há a participação pontual dos odontólogos.

Nesses espaços são realizados exames de prevenção do Câncer Bucal, orientados a realização do autoexame e de cuidados com a saúde bucal e manutenção de próteses, quando estes fazem uso.

#### B) Atendimento Clínico

Dentro do serviço há um turno semanal para atendimento a idosos, priorizando, como nos adultos, os grupos de agravos a saúde e/ou os que procuram o serviço de saúde bucal através de triagem. Além de um turno semanal para confecção de Próteses Dentárias.

### 4.5 Atenção às Gestantes

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) aponta a gestação como um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais de saúde a necessidade de conhecimento para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral

*Os odontólogos atuam de forma sistemática em grupo de idosos, na perspectiva de uma melhor qualidade de vida, a partir do autocuidado, além de dias de ações para o idoso, também havendo como intuito uma maior integração social.*

e bucal do bebê. Dessa forma, esse grupo de pacientes acaba recebendo uma atenção especial do serviço de saúde bucal, tomando em consideração não apenas a faixa etária, mas a condição de saúde.

#### A) Participação em Grupos

A participação nesses grupos ocorre de forma pontual, porém as temáticas que os odontólogos tem se colocado para participar das discussões são das mais diversas, variando em questões do autocuidado em saúde bucal, bem como na discussão de mudanças no corpo, juntamente com a Psicologia, como em oficinas para confeccionar lembrancinhas, em parceria com a Terapia Ocupacional.

#### B) Atendimento Clínico

A cobertura do pré-natal odontológico também já era uma atuação preconizada pela coordenação de Saúde Bucal através do Pacto pela Saúde.

Diferente de outros grupos, essas pacientes são direcionadas ao serviço odontológico através de encaminhamentos realizado por médicos, enfermeiros e ACS, de forma especial, tentando integrar as consultas de pré-natal.

### 4.6 Novas Práticas em Saúde Bucal

Outras atividades realizadas pelos residentes de odontologia que acabam sendo transversais às atividades anteriormente mencionadas são as Visitas Domiciliares (VD), a triagem por avaliação e classificação de risco (TACR) e Educação Permanente (EP) para ACS.

Para realização das Visitas Domiciliares previamente foram realizadas oficinas entre os residentes e preceptores de Odontologia com objetivo de criar um protocolo de rotina de VD para Odontólogos, de forma que norteasse esse procedimento e esclarecesse para a equipe de saúde quais grupos seriam preconizados. O objetivo é estabelecer a VD como rotina da equipe de SB, além de obter maior conhecimento sobre o território de atuação e sua comunidade nele inserido e aumentar os vínculos com a comunidade e a equipe de saúde da família. Assim, foram destinados um turno semanal para realizar essas VD, gerando em torno de 12 a 16 VD realizadas por residente de Odontologia, mensalmente, podendo ou não ser em conjunto com outras categorias. Os grupos priorizados foram: i) gestantes, i.i) Puérperas, bebês e familiares, i.i.i) Pacientes com pré-disposição ao câncer bucal, i.v) Portadores de necessidades especiais

*Outras atividades realizadas pelos residentes de odontologia que acabam sendo transversais às atividades anteriormente mencionadas são as Visitas Domiciliares, a triagem por avaliação e classificação de risco e Educação Permanente para ACS.*

e v) Adolescentes, cada qual com sua especificidade e critério para a execução.

A TACR foi criada devido a necessidade de organização do pronto-atendimento para urgências no serviço de saúde bucal, sendo esse um constante desafio na prática diária de qualquer CSF. O objetivo é avaliar a situação de risco à saúde bucal das urgências, garantindo o acesso e o atendimento humanizados no CSF. Para a elaboração e implantação deste protocolo de classificação de risco, partiu-se do Protocolo de Manchester que foi adaptado para as situações de urgências odontológicas vivenciadas no CSF. Foi criado material visual específico (quadro e fichas identificadas por cores), a fim de facilitar a comunicação, com os usuários e profissionais, e uma melhor organização da triagem.

Seguindo e acreditando na lógica da educação permanente foi criado a Capacitação em Saúde Bucal para Agentes Comunitários de Saúde, com carga horária de 40 horas, discutindo temáticas pertinentes a Odontologia e as competências da ESB na ESF. Levar o conhecimento sobre odontologia e de que forma pode-se trabalhar com a ESB contribuiu para uma melhor organização do serviço e promoção de saúde no que diz respeito a Saúde Bucal. Tal capacitação surgiu a partir do interesse dos próprios ACS, dos odontólogos residentes e da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

## 5 CONCLUSÕES

A saúde bucal no âmbito do SUS ainda continua em construção, sendo ainda reflexo das desigualdades sociais. Com o agravante de, além de uma situação epidemiológica ainda aflitiva, o sistema de prestação de serviços odontológicos deficiente, aliado a uma prática odontológica iatrogênico-mutiladora contribuíram para a crescente perda dos dentes.

*A efetivação da odontologia na ESF está diretamente relacionada aos recursos humanos da ESB, associados a fatores micro e macro políticos e as tecnologias leves e pesadas.*

*A RMSF vem como uma estratégia da gestão em formar tais profissionais para a saúde pública.*

A consequência direta que o declínio de cárie na população infantil traz é uma mudança no enfoque da doença com relação aos grupos etários. A tradicional priorização da assistência odontológica ao grupo de 6 a 14 anos deverá, de acordo com a realidade local, ser revista, uma vez que boa parte das necessidades agora estão situadas na população adulta e idosa.

Aliada à concentração de maiores necessidades, assiste-se, a uma sensível mudança na composição etária da população brasileira, com um contingente cada vez maior de idosos. Porém, de qualquer maneira, apesar da visível diminuição nas necessidades, o excesso de demanda ainda é um grande problema para a assistência odontológica no Brasil.

A efetivação da odontologia na ESF está diretamente relacionada aos recursos humanos da ESB, associados a fatores micro e macro políticos e as tecnologias leves e pesadas. A RMSF vem como uma estratégia da gestão em formar tais profissionais para a saúde pública, porém ainda ocorre de forma incipiente na Odontologia devido a procura por mercados mais rentáveis e ainda pelo desinteresse dos profissionais pela Saúde Bucal coletiva, este, reflexo da formação tecnicista.

## **6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BALDANI, M. H. P. et al. A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia para Bebê*, v. 6, p. 210-6, 2003.

BASTOS, J. R. M.; PERES, S. H. C. S.; CALDANA, M. L. Promoção da saúde materno infantil. In: *Educação em Saúde com enfoque em odontologia e em fonoaudiologia*. São Paulo: Ed. Santos, São Paulo, 2007.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional da Saúde bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

LAKATOS, E. M., MARCONI M. A. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2001.

MENDES, F. I. R. A percepção dos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre a Inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia da Família em Sobral-CE. Universidade Vale do Acaraú/ Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral, 2004.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.2, fev. 2008.

OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, v. 2, p. 9-13, 1999.

PAULETTO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

PEREIRA, A. C. Odontologia em saúde coletiva- planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: ARTMED, 2003.

PONTE, V. M. R. et al. Análise das Metodologias e Técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre balanced scorecard: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. Disponível em: <<http://www.anpcont.com.br/site/docs/congressoI/03/EPC079.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2009.

SOBRAL. Prefeitura Municipal, Secretaria de Desenvolvimento Social. Plano Municipal de Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. Coordenação de Saúde Bucal. Guia de Ações e Serviços em Saúde Bucal do Município de Sobral/CE. Sobral, 2009.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação, Saúde e Debate*, v. 13, p. 18-35, 1996.

ZANETTI, C. H. G. Opinião: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. Trabalho Acadêmico (Pólo UnB / Planaltina SUS-DF de Ensino e Pesquisa em Saúde Bucal) - Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília, UnB. Brasília, 2002.

