

Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município

Oral health care in the family health program, from its implementation to today's moment: Perceptions of dentists and assistants in municipality context

Aldenísia Alves Albuquerque BARBOSA

Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal – RN - Brasil

Ewerton William Gomes BRITO

Mestre em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal – RN – Brasil

Iris do Céu Clara COSTA

Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Odontologia – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal – RN – Brasil

RESUMO

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa-ação, com enfoque qualitativo. Refere-se especificamente às Equipes de Saúde Bucal (ESB) que foram inseridas no Programa Saúde da Família (PSF) implantadas no ano de 2001 no município de São Gonçalo do Amarante – RN. Tem como objetivo descrever este processo de implantação, identificando a percepção dos profissionais de saúde bucal com relação às atividades desenvolvidas, ao processo de trabalho e à expectativa de melhoria das condições de saúde bucal das famílias adscritas. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semi-estruturada onde os sujeitos de pesquisa eram os cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultórios dentários das sete ESB, sendo entrevistados 92,85% do total destes profissionais. Os principais resultados encontrados foram os anseios de mudanças das práticas realizadas no modelo tradicional, bem como, a interação dos profissionais que compõem as ESB, na perspectiva de propiciar aos usuários do serviço uma assistência integral e resolutive. Destaca-se também a necessidade da valorização dos profissionais como parte integrante das Equipes de Saúde da Família. Conclui-se que a mudança do quadro epidemiológico em saúde bucal a partir da inclusão das ESB no PSF é uma das metas a ser alcançada, bem como a melhoria do acesso dos usuários, à medida que esta estratégia possibilitará oferecer uma assistência à saúde universal e igualitária.

UNITERMOS

Programa saúde da família; saúde bucal; atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Ministério da Saúde, iniciada em 1994, que visa reorganizar a atenção básica através da ruptura do modelo assistencial de saúde, ainda hegemônico, caracterizado pela assistência à doença em detrimento da promoção da saúde, pela prática técnico-biologicista, pelo individualismo, e pela baixa resolubilidade, que tem gerado, ao longo dos anos, um alto grau de insatisfação nos usuários dos serviços públicos de saúde.

As primeiras equipes multidisciplinares do Programa Saúde da Família - compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes

comunitários de saúde incorporaram e ampliaram a atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, com o intuito de transferir a atenção centrada no indivíduo, para uma lógica de abordagem familiar, dentro do seu ambiente físico e social (Santana & Carmagnani⁹, 2001).

Desta forma, o PSF busca a promoção da saúde através de um conjunto de ações individuais e coletivas, que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, mediante construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce,

tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (Brasil², 1994).

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) às equipes de saúde da família (ESF), já existentes, ocorreu em outubro de 2000, tendo como objetivos principais a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas.

Segundo Zanetti et al¹¹ (1996), durante muito tempo, as práticas odontológicas foram centradas no atendimento da demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem tecnicista. A realização dessas práticas não se dava a partir de um planejamento das ações e estavam voltadas para a lógica de mercado.

As ações de saúde bucal incorporadas à estratégia do PSF vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações. Diante desta perspectiva, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção à prevenção e à reabilitação da saúde, bem como, através do envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a co-responsável pela saúde de seus familiares e da coletividade.

A atenção preventiva e promocional apresenta um grande avanço na forma de atendimento, que passa a ser realizada de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida. Essas ações podem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo ser executadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios e em espaços coletivos. Espera-se, através destas, despertar uma consciência preventiva nas famílias à medida que as noções de autocuidado são transmitidas às pessoas, estimulando a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde, em comportamentos benéficos à sua própria saúde (Costa & Albuquerque⁵, 1997).

Diante desta exposição inicial, entendendo a importância deste tema na atual política de inovação de modelo assistencial e a quase inexistência de estudos de natureza qualitativa, buscou-se, através desta pesquisa identificar a percepção dos profissionais de saúde bucal, como atores dessas equipes e parte integrante desse processo, com relação às atividades desenvolvidas, ao processo de trabalho e a expectativa de melhoria das condições de saúde bucal das famílias adscritas.

Ademais, o presente estudo justifica-se, também, pela necessidade de entender mais profundamente o comportamento dos cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultórios dentários quanto ao seu papel na concepção dessa nova proposta de trabalho no serviço público de saúde.

○ PSF EM SÃO GONÇALO DO AMARANTE-RN

A implantação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo do Amarante ocorreu em março de 2000, após várias discussões, onde se observou a necessidade de uma intervenção assistencial mais direta e contínua em determinadas áreas. Após um estudo de identificação das áreas, foram escolhidas aquelas de maior risco epidemiológico e social. Foram implantadas três equipes responsáveis pela cobertura de 17,2% da população do município.

No início da implantação do Programa Saúde da Família ocorreu muita resistência por parte da população e de alguns profissionais, pois o modelo tradicional hegemônico e bastante arraigado faz com que a população valorize, ainda, a consulta e a prescrição de medicamentos em detrimento do trabalho educativo e promocional que previne as doenças.

As Equipes de Saúde Bucal, compostas por um cirurgião-dentista e uma auxiliar de consultório dentário, iniciaram suas atividades em outubro de 2001, paralelamente com a criação de 12 novas equipes tradicionais (formadas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem). Primeiramente foram formadas sete ESB responsáveis pela cobertura de quatorze ESF. Passou-se por um momento árduo, com grandes mudanças de natureza organizativa e estrutural. Foram viabilizadas outras Unidades de Saúde, com locação de imóveis para acomodar as novas equipes criadas. A ampliação do Programa e a implantação dessas doze ESF possibilitaram a cobertura de cerca de 70% das famílias do município.

Ao iniciar o trabalho nas equipes do PSF, os profissionais de saúde bucal depararam-se com uma população quase sem assistência odontológica, com alto índice de cárie e doença periodontal e pouca ou nenhuma informação sobre os cuidados básicos de higiene.

Diante do quadro sanitário diagnosticado a partir do cadastramento das famílias, do reconhecimento da área e de reuniões com a comunidade, que apontou os principais problemas sentidos, cada ESB realizou uma capacitação em saúde bucal, direcionada aos agentes comunitários de saúde, visando utilizá-los como agentes multiplicadores de saúde bucal.

A seguir, cada equipe conhecedora da sua realidade epidemiológica e das condições de infra-estrutura disponíveis, realizou o planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas de acordo com a filosofia do Programa, que ultrapassa o atendimento curativo realizado no consultório odontológico e abrange a utilização de espaços coletivos para a realização de eventos de cunho preventivo e de promoção da saúde, além de incluir as visitas domiciliares como rotina obrigatória na agenda da equipe, abrindo perspectivas de uma nova lógica assistencial, que perpassa toda a história da Odontologia, onde o alívio da dor e o trabalho enclausurado em quatro paredes eram a tônica dos serviços odontológicos.

A respeito desta “assistência” com base domiciliar, Roncalli⁸ (2000) destaca a importância desta abordagem, mais qualitativa, a fim de entender que por trás de cada pessoa atendida, há um contexto sócio-econômico-cultural que determina suas atitudes e comportamentos. Além disso, este contato proporciona o estabelecimento de vínculos com a comunidade e reforça a idéia de co-responsabilidade na resolução dos seus problemas de saúde.

Destaca-se a importância da realização do planejamento inicial das ações de saúde executadas com a participação popular, tendo em vista a necessidade de otimização do tempo, em virtude da grande demanda de serviços reprimidos e a necessidade de responder positivamente a uma clientela excluída e carente dos serviços odontológicos.

Dentro dessa perspectiva, o planejamento das ações de saúde tem um papel essencial no processo de reorganização dessas práticas, pois, como reflete Pinto⁷ (2000), planejar é o requisito elementar da administração em saúde pública, pois serve para ordenar de forma sistemática a conduta de cada profissional, para alcançar uma nova realidade, melhor que a atual. E dessa forma, através de uma melhor organização dos sistemas de prestação de cuidados em saúde, proporcionar um aumento significativo dos padrões de saúde bucal de toda a população, reduzindo, e se possível, eliminando as desigualdades de acesso aos serviços odontológicos.

Enfim, a inclusão das ESB no PSF expressa os princípios e diretrizes do SUS, quando procura realizar um atendimento igualitário, humanizado, trabalhando articuladamente com os demais membros da ESF e tentando viabilizar a intersetorialidade, focando a família como ponto primordial do ponto de vista operacional, estimulando ações efetivas de promoção e prevenção da saúde bucal.

Para dar sustentabilidade a esta nova proposta, fazem-se necessárias práticas diferenciadas das executadas no modelo assistencial ora vigente, como agendamento das consultas, visitas domiciliares, trabalhos com grupos específicos, propiciando o envolvimento de todos os segmentos da comunidade para assim se conseguir um efetivo controle social.

MATERIAL E MÉTODOS

O cenário da pesquisa foi o município de São Gonçalo do AMARANTE-RN. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE⁶, 2003), a população total é de 72.217 habitantes, sendo 49,29% do sexo masculino e 50,70% do sexo feminino, onde 85,88% da população se encontram na zona rural e 14,11% na zona urbana.

A coleta das informações ocorreu através de entrevistas semi-estruturadas, baseadas em um roteiro previamente elaborado (Anexo 1), que abordava algumas questões com o intuito de oportunizar o entendimento da percepção que os entrevistados tinham acerca da estratégia de trabalho no Programa Saúde da Família.

As entrevistas foram marcadas com cada Equipe de Saúde Bucal, de acordo com suas disponibilidades de horário e por escolha das mesmas, foram realizadas na própria Unidade de Saúde em que trabalham, em dia de atendimento. Foram entrevistados sete cirurgiões-dentistas e seis auxiliares de consultório dentário que compõem as sete equipes de saúde bucal do município, ou seja, 92,85% do universo pesquisado. Para preservar o anonimato da pesquisa, os pesquisados foram identificados por códigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As respostas foram agrupadas em tabelas e descritas a seguir, entremeadas por alguns depoimentos importantes na compreensão desta análise. Para uma melhor compreensão do leitor, os resultados serão descritos em três tópicos, que tratam das atividades desenvolvidas pela ESB no PSF; da forma de acesso dos pacientes a Unidade Básica do Saúde da Família; e das expectativas da ESB com relação ao seu trabalho.

Atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas no PSF

Pode-se observar, através da Tabela 1, que o tratamento curativo ainda é a prática que predomina entre as atividades desenvolvidas pelas equipes,

Tabela 1. Atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas no PSF. São Gonçalo do AMARANTE-RN, 2004.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	%
ATENDIMENTO	• Tratamento curativo	47,95
	• Educação em saúde*	23,25
	• Procedimentos preventivos	23,95
	• Visitas domiciliares	4,85
TOTAL		100,00

* Educação em saúde inclui palestras, reuniões e trabalhos com grupos de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos.

citada por 47,91% dos entrevistados. Esta prática é muito frequente pelo fato de que a população, até a implantação do programa, dispunha de pouca ou nenhuma assistência odontológica, resultando em uma demanda reprimida muito intensa, o que leva aos profissionais a dispensarem a maior parte do seu tempo desenvolvendo atividades curativas (procedimentos cirúrgico-restauradores).

Zanetti¹² (2000) descreve que é utopia achar que podemos solucionar todos os problemas bucais, com prática clínica nas áreas de PSF, pois os profissionais de saúde bucal são capazes de oferecer, em consultório com condições satisfatórias de funcionamento, 1.308 horas clínicas ao longo de um ano (11 meses) e 3924 horas clínicas ao longo de um triênio, se dispenderem 32 horas semanais das 40 horas contratuais em tais atividades. É importante que os profissionais de saúde bucal tenham consciência deste fato, e utilizem o tempo profissional em outras atividades preconizadas pelo Programa, tais como o desenvolvimento de ações preventivas e educação em saúde bucal.

A valorização das ações preventivas e de educação em saúde bucal se faz presente nos depoimentos dos profissionais pesquisados (13,95 e 23,25%, respectivamente), uma vez que passaram a realizar de forma sistematizada estas atividades nas escolas, com grupos e até nos domicílios. Nestes trabalhos contam com o envolvimento de professores e pais dos alunos tornando-os, juntamente com os escolares, agentes multiplicadores na comunidade em que vivem.

Neste sentido, os profissionais demonstram claramente uma interação com a comunidade em que trabalham, através da realização de práticas diferenciadas das realizadas antes da implantação do PSF, conforme podemos ver na transcrição da seguinte fala:

“Realizamos a parte educativa, preventiva e curativa, palestras com grupos a nível coletivo, a escovação supervisionada nas escolas... Em nível individual, odontologia básica e promoção a saúde no consultório.” (CD1).

As visitas domiciliares (destacadas por 4,65% dos entrevistados) refletem também uma nova experiência vivenciada por estes profissionais, o que dá sustentabilidade às diretrizes do Programa no que diz respeito ao seu caráter inovador, procurando facilitar o acesso aos serviços de saúde e estender a assistência aos usuários que em alguma situação fica limitado a esta assistência.

Podemos perceber também nas falas dos sujeitos desta pesquisa, a importância de atender a uma clientela definida e que, o convívio direto com a mesma clientela consolida relações de compromisso e coresponsabilidade entre profissionais e usuários do serviço. Muitas vezes, as falas demonstram sentimentos de frustração pela impossibilidade de resolver alguns problemas que surgem e estão fora da sua competência como também, a satisfação de dar encaminhamento àqueles que pareciam inatingíveis.

“Realizamos educação em saúde, trabalhos com grupos, atendimento no consultório e visitas domiciliares. Nas visitas, fazemos orientações, escovação e detecção de lesões bucais nas gestantes, idosos e acamados. Eu acho um momento importante a visita domiciliar, vemos a realidade dos pacientes e isso é importante pois passamos a entender seu modo de vida, às vezes sem perceber, nos envolvemos com seus sofrimentos, tentamos ajudar da forma que podemos”(CD2).

Formas de acesso dos usuários à unidade básica do programa saúde da família

No que se refere ao acesso dos usuários, ou seja, a forma pela qual eles são acolhidos e atendidos, vê-se claramente que as formas tradicionais de marcação de consultas (por fichas), parte apenas de duas equipes, mais precisamente, onde não existia nenhuma assistência odontológica e, conseqüentemente, uma demanda reprimida muito alta. Ao mesmo tempo, percebe-se que, na maioria dos casos, a valorização dos agendamentos de grupos ou por faixa etária é uma realidade favorável. Observamos também que este agendamento procura usar estratégias que não torne a marcação um critério excludente, e sim avalia o grau de necessidade de cada indivíduo, sendo as urgências marcadas à medida que são evidenciadas. Segundo Zanetti¹² (2000) e a Portaria MS/GM nº. 267/01 que dispõe sobre as normas e diretrizes à reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica (Brasil⁴, 2001), o sistema de saúde não deve, de maneira nenhuma, excluir qualquer cidadão aos serviços de saúde, pois, como descreve a Constituição vigente, a saúde é um direito de todos.

De acordo com esta pesquisa acredita-se que a mudança na assistência através de um agendamento deverá ocorrer de forma lenta e gradativa, podendo demorar algum tempo para a consolidação mas, se for construída sob bases sólidas e de maneira resolutiva, a população poderá vir a se constituir em grande aliado desse novo modelo de atenção. Os resultados encontrados (Tabela 2) estão em consonância com a Portaria nº. 1.444/00 que explicita os princípios e diretrizes circunstanciais e legais de funcionamento do SUS, assim como, com a Lei Federal nº 8.080/90 (Brasil¹, 1990).

Expectativas dos cirurgiões-dentistas quanto ao seu trabalho no PSF

Em todas as ESB encontrou-se uma coerência e consenso quanto ao entendimento de que o fator primordial para um resultado favorável, diante das proposições do PSF, seria melhorar a saúde bucal da população. Em seguida, veio a preocupação de não se ter condições de proporcionar um acesso à população como um todo, devido ao grande número de pessoas com necessidades de tratamento nas duas áreas adscritas de responsabilidade das ESB.

A facilitação do acesso mencionada anteriormente, adotada como um dos pilares do programa, reflete também uma das preocupações destes atores e conseqüentemente fluirá de forma mais favorável, quando se aumentar a oferta do serviço de saúde bucal, estabelecendo uma ESB para cada ESF, o que já se vislumbra para um futuro próximo.

A conscientização da população quanto a hábitos saudáveis em saúde bucal é entendida como uma continuidade de educação fora do âmbito curativo do consultório odontológico, onde todas as orientações passadas devem ser processadas e a curto, médio e longo prazos, mudar-se os hábitos danosos, possibilitando a manutenção da saúde bucal.

Quando se fala em melhorar a saúde geral dos pacientes, percebe-se que os atores realmente estão envolvidos em um processo que visa a integralidade da atenção, sendo consoante com os princípios e diretrizes legais e constitucionais de funcionamento do SUS.

Observou-se uma grande preocupação com a prevenção do câncer bucal que, em alguns casos, é uma ação realizada nos domicílios de forma rotineira nas visitas domiciliares. Percebeu-se a importância desta ação, visto que, muitas pessoas desconheciam que esta

TABELA 2 - Formas de acesso dos pacientes, relatado pelos cirurgiões-dentistas do PSF. São Gonçalo do AMARANTE-RN, 2004.

ACESSO	Nº DE RESPOSTAS	%
Demanda aberta (ficha)	2	16,70
Agendamento por ciclo de vida	3	25,00
Agendamento por grupo específico	6	50,00
Outros	1	8,33
TOTAL	12	100,00

afecção pode ser prevenida mediante um auto-exame e que muitas lesões são detectadas e podem ser tratadas ainda na sua fase inicial.

Finalmente, tornar os pacientes agentes multiplicadores em potencial, retrata o envolvimento destes atores com a comunidade, mostrando que eles estão realmente inseridos no contexto do trabalho do PSF ou como parte integrante desse processo, à medida que estes solicitam dos usuários uma responsabilização ou uma cooperação, para que o trabalho traga um resultado satisfatório para ambas as partes.

Nos relatos seguintes, percebemos sentimentos de resolutividade bastante presentes, mas alguma desesperança, o que fornece material para se renovar o estímulo desses profissionais continuamente, de maneira que os sentimentos positivos com relação ao PSF possam ser multiplicados, o que favorecerá o alcance dos objetivos.

“Espero diminuir o índice de cárie, conscientizar a população com relação a higiene bucal para que eles deixem de ter a mesma mentalidade de que dentista só serve para abrir e fechar buracos, que com a prevenção a gente pode ter a boca saudável. Espero também poder facilitar o acesso dos pacientes e espero ainda que venha outro dentista para ficarmos em uma só equipe, para se ter bons resultados e poder dar conta de toda a área”. (CD5)

“Melhorar as condições de saúde bucal e geral é a minha meta, com esse programa do bebê a gente evita que as crianças tenham cárie principalmente por causa do envolvimento da mãe, quando elas recebem as nossas orientações elas repassam para seus filhos, a prevenção do câncer de boca também. A cárie é de difícil erradicação, mas muitas doenças como câncer de boca, podem ser detectadas e controladas”. (CD7)

“Sou descrente, precisa melhorar muito; o acesso melhorou onde não tinha nenhuma assistência, um

ponto positivo foi porque se passou a trabalhar mais intensamente a parte preventiva, o que precisa repensar é colocar um dentista para cada equipe, melhorar as referências, porque assim não vamos chegar muito adiante”. (CD1)

Todas estas expectativas dos profissionais definem a implantação e funcionamento do PSF, bem como as ações de saúde bucal na atenção básica visto que, algumas solicitações e anseios revelam não só um beneficiamento próprio e sim um bem estar geral da comunidade em que estão inseridos. Como descreve Souza Jr¹⁰ (2000), são compromissos importantes entender o espaço como referência de abordagem e não mais como indivíduo isolado; assistência integral; resolutiva; contínua, de boa qualidade; humanizada; compromisso; demonstração do processo saúde-doença; desenvolvimentos de práticas intersetoriais e controle social.

Atividades desenvolvidas pelas acd's

As ações realizadas pelas auxiliares de consultório dentário (Tabela 3) estão diretamente relacionadas com as mencionadas pelos cirurgiões-dentistas. Dessa forma, vemos a sintonia e a integração existentes em todas as ESB. Isso é percebido de forma bastante favorável e acredita-se que o bom andamento dos trabalhos realizados nestas equipes está diretamente relacionado com a reciprocidade e a valorização mútua dos profissionais que compõem as equipes.

Expectativas das acd's quanto ao trabalho no PSF

As expectativas das ACD's (Figura 1) denotam, além das questões mencionadas pelos cirurgiões-dentistas, a falta de reconhecimento do seu trabalho, como também a questão salarial, pois o trabalho aumentou com a exigência da carga horária de 40 horas e o salário não acompanhou proporcionalmente o aumento

TABELA 3. Atividades desenvolvidas pelas ACD'S no PSF de São Gonçalo do Amarante-RN, 2002.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	n	%
ATIVIDADES	Palestras	7	46,70
	Aplicação Tópica de Flúor	2	13,33
	Supervisão nas escolas	2	13,33
	Escovação supervisionada	2	13,33
	Visitas domiciliares	1	6,66
	Prevenção de câncer bucal	1	6,66
TOTAL		15	100,00



Figura 3: Expectativas das ACD'S quanto trabalho no PSF. São Gonçalo do Amarante,2002.

da jornada de trabalho ficando, naturalmente, com uma defasagem expressiva em seus proventos. Mas percebe-se nas falas a seguir, que, mesmo com este desnível salarial, o envolvimento destes profissionais em todas as equipes é bastante satisfatório.

“Eu espero que a população se conscientize que a saúde bucal é muito importante e entendam a importância da prevenção da cárie e da escovação da noite, que eu aprendi quando trabalhei com você, desde esta época eu passei a escovar os dentes das minhas meninas antes de dormir e elas nunca mais tiveram cárie”.(ACD1)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados, constatou-se que ocorre uma interação satisfatória dos cirurgiões-dentistas e as auxiliares de consultório dentário que compõem as ESB, na perspectiva de um novo modelo de atenção voltado para a promoção a saúde e prevenção das doenças que acometem a cavidade oral, contemplando também, a equidade, a integralidade da assistência, bem como a facilitação do acesso ao serviço de saúde bucal.

Mesmo com algumas dificuldades citadas, percebe-se um processo ativo de construção de práticas assistenciais diferenciadas e inovadoras que vêm contribuindo incisivamente para o fortalecimento do Programa, na medida que é acreditado pela comunidade. O atendimento é entendido por estes profissionais como um conjunto de ações, onde vêm o paciente como um todo e não como “uma boca” ou “um dente”.

Com isso espera-se que, em um futuro bem próximo, haja a ampliação das ESB ficando uma para cada ESF, para assim haver uma efetivação deste trabalho, tornando-o mais resolutivo e possibilitando uma otimização das ações e aumentando a credibilidade do Programa.

Finalmente, espera-se que a inclusão das ESB no PSF possibilite uma visível mudança no quadro epidemiológico do município, propicie um acesso mais satisfatório e torne o sistema mais equânime, com uma melhor assistência, de modo que os usuários sintam-se parte integrante de um sistema de saúde eficiente, à medida que proporcione uma melhor qualidade de vida para esta população.

ABSTRACT

This study is characterized as an action-research with qualitative focus. It is specifically about Bucal Health Teams (BHT) that were inserted in Family Health Program (FHP) implanted in 2001 in São Gonçalo do Amarante City – RN. The aim of this study was to describe this implantation process, as well as to identify the professionals' perception regarding the developed activities, to the work process and the expectation of improvement of the conditions of bucal health of the families. The data collection was made through a semi-structured interview, where the citizens of the research were the surgeon-dentists and assistant of Dental Doctor's offices of the seven BHT, being interviewed 92.85% of the total of these professionals. The necessity of the valuation of the professionals is also distinguished as an integral part of the Teams of Health of the Family. The main results were the aspirations about changes in the practices made in the traditional model as well as the professionals' interactions that constitute the BHT, at the perspective to propitiate to the services users an integral and resolute assistance. It is concluded that the change of the picture epidemiologist in bucal health from the inclusion of the BHT in the FHP is one of the to be reached goals, as well as the improvement of the access of the users, to the measure that this strategy will make possible to offer an assistance to the universal health.

UNITERMS

Family health program; bucal health; primary health care.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Diário Oficial da União, 20 set 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa saúde da família: saúde dentro de casa. Brasília (DF); 1994.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444 / MS – 28 dezembro de 2000. Diário Oficial da União, 20 dezembro 2000.
4. Brasil. Portaria n. 267/ MS-GM – 06 março de 2001. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 07 mar de 2001.
5. Costa ICC, Albuquerque AJ. Educação em saúde. In: Oliveira AGRC, Albuquerque AJ, Rego DM, Silva EM, Souza ECF, Costa ICC, et al. Odontologia preventiva e social: textos selecionados. Natal: EDUFRN; 1997. p. 223-50.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. [homepage na internet]. IBGE; 2003. [acesso em 2003 Oct 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
7. Pinto VG. Planejamento. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2000. p. 9-30.
8. Roncalli AG. Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese] Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2000.
9. Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade 2001 jan./jul.;10 (1):33-53.
10. Souza Jr JS. Estudo da Percepção Social das Maloclusões [dissertação]. Natal: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2000.
11. Zanetti CHG, Lima MAU, Ramos L, Costa MABT. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Divulgação em Saúde para Debate 1996; 13:18-35.
12. Zanetti CHG. Opinião: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. [acesso em set 2000]. Disponível em <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/>.

Recebido em: 12/04/06

Aprovado em: 05/08/07

Falta endereço para correspondência

ANEXO

PESQUISA SOBRE A INCLUSÃO DA SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RN

ROTEIRO DE ENTREVISTA QUESTIONÁRIO PARA AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO PSF SÃO GONÇALO AMARANTE/RN

Equipe _____ Código _____

Localização: () zona rural () zona urbana

Número de Famílias _____ .Número de microáreas _____

Categoria: () Dentista () ACD

1. Quais as atividades que você desenvolve no PSF?

2. Como se dá o acesso dos pacientes à unidade de saúde do PSF?

() Demanda aberta

() Agendamento por ciclo de vida

() Agendamento por grupos específicos

() Outros, Quais? _____

3. O que você espera alcançar com o seu trabalho no PSF?
