

SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAIANO (FEIRA DE SANTANA): ORGANIZAÇÃO E MICROPOLÍTICA

Oral health in the Family Health Program of a municipality of the semi-arid region of Bahia (Feira de Santana): organization and micropolitics

Ana Áurea Alcécio de Oliveira Rodrigues¹, Líbia Santos Bomfim²

RESUMO

O presente estudo apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi conhecer o processo de implantação da saúde bucal no município de Feira de Santana, situado no semiárido baiano, analisando os saberes e práticas que orientam o processo de trabalho na micropolítica das Equipes de Saúde Bucal (ESB) que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). O material empírico foi obtido por meio de uma entrevista semiestruturada com o gestor de saúde do município e os cirurgiões-dentistas que atuam nas ESB no PSF. A metodologia utilizada na análise foi a de conteúdo temática. O estudo mostrou existir dificuldade de acesso ao serviço de Saúde Bucal, uma desproporcionalidade entre as Equipes de Saúde Bucal em relação às Equipes de Saúde da Família e ao porte demográfico do município, com uma grande demanda reprimida não permitindo a equidade e a integralidade da assistência. As autoras sugerem a ampliação das ESB para que possa haver uma efetivação deste trabalho, tornando-o mais resolutivo e possibilitando uma melhor qualidade de vida para a população.

PALAVRAS-CHAVES: Odontologia em Saúde Pública. Saúde Bucal. Serviços de Saúde Bucal. Programa de Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei 80801, o Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como um sistema de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada, com direção única em cada esfera do governo e sob controle de seus usuários, que tem como objetivo o

ABSTRACT

This study presents the results of a qualitative research, whose goal was to know the process of implantation of buccal health in the municipality of Feira de Santana, located in the semi-arid region of Bahia, analyzing the knowledge and practices that guide the work process in the micropolitics of the Buccal Health Teams (BHT) that operate within the Family Health Program (FHP). The empirical material was obtained through a semi-structured interview with health managers of the municipality and surgeon-dentists that work in the FHP-BHT. The methodology that was used in the analysis was the one of thematic contents. The study showed difficulty to access the buccal health services, an imbalance between the availability of BHT and family health teams and the demographic size of the municipality, with a large repressed demand not allowing equity and completeness of assistance. The authors suggest an enlargement of the BHT so as to render this work more effective, while also offering a better quality of life to the population.

KEY WORDS: Public Health Dentistry. Oral Health. Services Oral Health. Family Health Program. Patient Care Team.

reordenamento dos serviços e ações de saúde. Sua institucionalização na Constituição Brasileira de 1988 foi uma relevante aquisição do setor de saúde em prol da cidadania do país.²

Visando o fortalecimento do Sistema de Saúde brasileiro, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como Política Nacional da Atenção

¹ Ana Áurea Alcécio de Oliveira Rodrigues, professora assistente do curso de Odontologia, Especialista em Saúde da Família, Mestre em Saúde Coletiva, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC). E-mail: aleccio@terra.com.br

² Líbia Santos Bomfim, cirurgiã-dentista no Programa de Saúde da Família de Conceição da Feira, graduada pela UEFS.

Básica (PNAB), com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseado em profissionais médicos especialistas.³ A Norma Operacional Básica do SUS de 1996 definiu suas formas de financiamento, incluindo o programa nos recursos do Piso da Atenção Básica - PAB.

O atendimento deve ser prestado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS) que compõem as equipes de saúde da família (ESF).⁴ O Programa, atualmente, é a estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, adotada pelo MS para reorganizar o modelo de atenção em saúde e é recomendada para todo o Brasil visando fortalecer e descentralizar a Atenção Básica de Saúde - ABS.³

A organização do SUS a partir do PSF apresenta uma série de vantagens para a população, pois possibilita que as famílias recebam orientações periódicas a partir de sua própria realidade, torna possível o diagnóstico precoce e com maiores chances de cura e permite a identificação de situações de risco. A estratégia também propõe desafogar os hospitais e os grandes centros de saúde, ampliar o acesso a serviços de qualidade na ABS, valorizar o profissional de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação e incita a participação popular e o controle social.

Referente à Saúde Bucal, a Portaria nº 1.444, de dezembro de 2000⁵, estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do PSF, propondo em seu artigo 4º que cada equipe de saúde bucal (ESB) a ser implantada, deveria estar relacionada a duas ESF. E, em março de 2001, a Portaria nº 267⁶ resolve “Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da Saúde Bucal na estratégia do PSF”, definindo que as ESB seriam cadastradas como modalidade I, compostas por um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) ou como modalidade II, com um CD, um ACD e um técnico de higiene dental (THD).

As profissões de Atendente de Consultório Dentário e de Técnico de Higiene Dental tiveram suas denominações alteradas pela Lei Ordinária nº 11889⁷, de 24 de dezembro de 2008, para Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB), respectivamente, terminologia que, a partir desse ponto, será utilizada no corpo do artigo, mantendo-se os termos anteriores nas citações das entrevistas, visando garantir a originalidade das falas.

Para a Saúde Bucal, esta nova forma de se fazer ações cotidianas representou, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio.

Desafio considerado na edição da Portaria nº 673/GM⁸, em junho de 2003 que, ao atualizar e rever o incentivo financeiro às ações de Saúde Bucal, no âmbito do PSF, sugere a relação de uma ESB para uma ESF: “poderão ser implantadas, nos Municípios, quantas ESB forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de ESF, e considerem a lógica de organização da ABS”.

Para Santos⁹, a proposta não avança nas questões de financiamento, deixando a cargo dos municípios a opção de arcar com os novos investimentos e nos instiga a refletir sobre a necessidade de modalidades de financiamento que possibilitem novas implantações de ESB.

Percebendo a expansão do PSF e sua consolidação enquanto caminho para a reorganização da ABS no Brasil, o governo emitiu a Portaria nº 648¹⁰ de 28 de março de 2006, em que fica claro que o PSF é a estratégia prioritária do MS para organizar a ABS, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários).

Baseado nesta mesma portaria, foi estabelecido que, para a implantação das ESF, é necessário existir uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000. Esta equipe deve ser composta por, minimamente, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um ACS, com jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Atentos aos avanços ocorridos na área da Saúde Bucal, Pereira *et al.*¹¹ desenvolveram um estudo com o objetivo de analisar a prática odontológica nas UBS no processo de municipalização em Feira de Santana - BA, apontando que foram identificados obstáculos que impediam ou dificultavam o acesso do usuário ao setor de Odontologia e, em outros momentos, as próprias condições do serviço odontológico funcionavam como uma barreira para o atendimento ao usuário.

Para os autores, a odontologia continuava exercendo uma atividade curativa, baseada no modelo de atenção à saúde bucal tradicional/mutilador, e com poucos avanços na prevenção. Portanto, refletindo ainda o modelo flexneriano, permanecia como uma prática individual, curativa, tecnicista e autônoma, ignorando o modelo assistencial preconizado pelo SUS.

A implantação e a implementação do PSF constituem um processo pleno de desafios e oportunidades, já discutido por Coutinho¹², o qual afirmou que a existência de determinadas forças sociais e políticas é que irá determinar a representação de interesses e, conseqüentemente, a formulação de políticas que poderão implementá-los ou bloqueá-los.

Segundo Bezerra e Nascimento¹³, a implantação do PSF em Feira de Santana, em 2000, foi mais permeada por “interesses políticos” eleitoreiros do que por uma política voltada para o atendimento das necessidades de saúde da população feirense. Assim, não se percebiam políticas sociais claras e contínuas, para a transformação da realidade e melhoria das condições de vida desta população.

Frente a essas questões, passados mais de oito anos da inclusão da ESB no PSF, este trabalho tem por finalidade analisar o processo de inserção da saúde bucal no PSFm no Município de Feira de Santana - BA, e compreender os saberes e práticas que orientam o processo de trabalho na micropolítica das ESB.

REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Pereira *et al.*¹¹, para os CD de Feira de Santana, o SUS é uma ideia distante dos acontecimentos da realidade, não se materializando como prática social. Pode-se até dizer, portanto, que têm uma visão um pouco negativa do sistema de saúde brasileiro.

No entanto, Oliveira e Saliba¹⁴ apontam que a saúde bucal adquire maior importância quando se fala em qualidade de vida da população. Assim, é essencial a busca de mecanismos que ampliem o âmbito de ações do SUS e viabilizem mudanças no perfil epidemiológico brasileiro.

Com uma visão mais mercadológica, Araújo e Dimenstein¹⁵ relatam que o SUS se constitui, atualmente, numa fonte de emprego em expansão para o CD no Brasil, o qual se vê, frequentemente, diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer as suas atividades. Isso porque ele recebeu uma educação voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para os fatores socioeconômicos e psicológicos no processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Corroborando com o autor acima, Oliveira e Saliba¹⁴ ressaltam que a prática odontológica que tão pouco contribuiu é a que todos nós conhecemos: iatrogênico-mutiladora, dentistocêntrica, biologicista, individualista, centrada na técnica e pouco resolutive. Os modelos assistenciais em

saúde bucal que ora se estruturam no País devem começar a trabalhar exatamente a partir deste ponto: um reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal.

Santos⁹ defende a necessidade da articulação dos profissionais de saúde bucal em uma rede de serviços hierarquizada que só poderá ser construída com a participação dos diferentes sujeitos trabalhadores da saúde, com a participação da comunidade e do usuário que procura um serviço de saúde bucal, o que lhe dará legitimidade

Ainda que o MS preconize o uso da educação popular nos serviços de saúde, enfatizando a importância da ABS, o que se tem observado é que os trabalhadores da saúde têm grande dificuldade em atuar com o conceito ampliado de saúde e acabam não conseguindo contribuir para a diminuição das iniquidades sociais.¹⁶

De acordo com Merhy¹⁷, deveria haver uma combinação, da melhor forma possível, entre eficiência das ações e a produção de resultados centrados nos usuários, isto é, procurar a produção do melhor cuidado em saúde, o cuidado que resulta na cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Só que, para isso, há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzirem procedimentos e a de ministrar o cuidado.

Discutindo essa questão, Araújo e Dimenstein¹⁵, argumentam que a inserção dos CD no PSF não se deu a partir de experiências já existentes ou de uma discussão ampliada acerca de seus significados. Aconteceu sem a participação dos profissionais de saúde bucal e de outros profissionais da área de saúde. Não houve discussão sobre a maneira como esses profissionais deveriam atuar na ABS, nem sobre as dificuldades que enfrentariam ao trabalhar com uma equipe de saúde. Conseqüentemente, há probabilidade de esses profissionais não estarem qualificados para desenvolver suas funções ou, ainda, que continuem trabalhando tradicionalmente, não contribuindo para melhoria das condições de saúde bucal da população.

Nos últimos anos, os avanços produzidos pela ciência proporcionaram à odontologia brasileira instrumentos capazes de controlar as principais patologias bucais, como a cárie e a doença periodontal. Todavia o quadro epidemiológico nacional não tem apresentado mudanças significativas, permanecendo o país com elevado índice de perda dental^{9,18,19}, fato este comprovado pelo relatório SBBrasil 2003, ao mostrar que, com exceção da idade padrão de 12 anos, todas as demais metas, para as outras faixas etárias, ficaram aquém do preconizado pela OMS.

Matos e Tomita²⁰ propuseram uma reflexão sobre o exercício diferenciado da Odontologia segundo as classes

sociais e a concepção da prática caritativa e assistencialista quando exercida no setor público para atendimento “dos pobres”, a “Odontologia Social” como sinônimo de atendimento ao “carente”, ao portador do não-direito. No entanto, a Saúde Coletiva, enquanto movimento ideológico comprometido com a transformação social, apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e integralidade.

Na opinião de Santos *et al.*²¹, as práticas curativas acumuladas podem ser resolvidas a partir da formulação de estratégias de organização local, a partir de rodas de negociações, criando-se, conjuntamente, critérios de atendimento na unidade de saúde da família (USF), para as visitas domiciliares, para as atividades coletivas (promocionais e preventivas), com a consequente corresponsabilização e controle social.

Nesse sentido, Emmi e Barroso²² afirmam que a ampliação das equipes do PSF, com a implantação da ESB⁵, foi um importante passo para a reorganização da atenção à saúde bucal e um maior acesso da população de baixa renda às ações de saúde e tratamento dentário de qualidade.

Não podemos esquecer que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação. Dessa forma, também reflete as condições desiguais em que vive a população brasileira.²³

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 28 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista. Até 2002, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos registrados nos Sistemas de Informações do SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade dos procedimentos era de caráter básico, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor e resina.²⁴

Além dessas limitações, Rodrigues¹⁹ constatou que as ESB têm dificuldade em realizar levantamentos para reconhecer as necessidades da população adscrita e que os dados existentes, resultantes de levantamentos realizados a nível nacional ou municipal, não são utilizados como referência para se planejar as ações, ou seja, não têm ajudado a conduzir as ações nas unidades de saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em USF do Município de Feira de Santana, com ESB, nos meses de agosto e setembro de 2008, utilizando-se de metodologia qualitativa.

Localizado na Mesorregião Centro-Norte baiana e distando 115 quilômetros da capital (Salvador), Feira de Santana é o município mais populoso do interior da Bahia. Sua população foi estimada, para o ano de 2007, em 535.820 habitantes.²⁴

Apresenta um grande e diversificado setor de comércio e de prestação de serviços, além de indústrias de transformação e uma importante produção agropecuária. Possui várias faculdades particulares e a UEFS, com cursos de graduação e pós-graduação.

Desde 2004, encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, sendo referência para quase 80 municípios das Macrorregiões de Saúde Centro-Leste e Centro.²⁵

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os CD que atuam no PSF - indivíduos responsáveis pela organização e execução das ações de saúde bucal nas ESB e o gestor de Saúde Bucal do município.

Para coletar os dados, optamos pela **entrevista semiestruturada**, com roteiro orientador, com o propósito de orientar os relatos dos entrevistados e, desta forma, permitir que o recorte temático da pesquisa esteja contemplado, à luz das representações dos diferentes sujeitos que compõem o cenário da pesquisa.²¹

Foi utilizada **análise documental** para complementar os dados. A escolha foi intencional e, dessa forma, os documentos analisados foram: Leis, Decretos, Diretrizes, Relatórios, Portarias Ministeriais e Dados do Sistema de Informação da Saúde (DATASUS).

De acordo com a Resolução 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde²⁶, o projeto que deu origem a este artigo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UEFS, sendo aprovado em 11 de junho de 2008, sob Of. CEP- UEFS nº 149/2008.

Todos os sujeitos do estudo receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constando de esclarecimentos sobre a pesquisa, solicitação para o fornecimento das informações necessárias e autorização para a participação no estudo.

Os dados das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo que, de acordo com Bardin^{27:42}:

[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimento, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Nesse sentido, a análise dos dados seguiu alguns passos, sugeridos por Bardin²⁷ e adaptado por Machado²⁸, que constaram de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Esta fase foi amparada na literatura revisada, possibilitando a interpretação e análise dos indicativos. Procurou-se aprofundar nas mensagens expressas nas falas dos informantes do estudo, o que possibilitou fazer inferências.

O agrupamento das falas possibilitou o estabelecimento das categorias, conforme quadro 1.

Quadro 1 - Categorias conforme falas dos participantes da pesquisa- Feira de Santana - BA

Cirurgiões dentistas	Gestor de Saúde
Capacitação	Implantação da Saúde Bucal
Planejamento das ações	Localização das USF com ESB
Coordenação da unidade	Número e modalidades
Demanda e forma de agendamento	População coberta
Referência e contra-referência	Forma de contratação
Ações desempenhadas	Jornada de trabalho
Visitas domiciliares	Dificuldades e ou sucessos.
Envolvimento das ESB com ESF	
Periodicidade das reuniões	
Dificuldades e ou sucessos	
Instrumentos de trabalho disponíveis	

O perfil dos CD participantes da pesquisa foi construído a partir dos dados de identificação contidos nos instrumentos da pesquisa.

Assim, apresentamos os resultados do estudo que estão orientados pela estrutura teórica e pelo modelo de análise adotados. Primeiramente, buscamos contextualizar a implantação da saúde bucal no PSF em Feira de Santana, em seguida, trazemos a caracterização dos CD que compõem as ESB e, por último, a análise da micropolítica do trabalho destes profissionais.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF no Município

De acordo com Bezerra e Nascimento¹³, Feira de Santana, com o objetivo de (re) orientar o modelo de atenção à saúde na sua caminhada rumo à municipalização, em novembro de 2000, implantou as duas primeiras ESF, como Projeto Piloto, no bairro do Novo Horizonte.

Quanto à inclusão da Saúde Bucal no PSF, foi esclarecido, a partir dos depoimentos de um dos gestores de saúde do município, que a **implantação** na Estratégia de Saúde da Família se deu: “Devido à necessidade. Tínhamos vários PSF nas USF sem a presença do dentista, devido a isso, começamos em 2004, quando implantamos nove e aí prosseguimos até hoje, onde temos 30”.

Referente ao **início de atuação** das ESB, a informação dada é que ocorreu em 2004, e que o critério para a escolha das unidades onde seriam implantadas as ESB, foi “A carência mesmo, a falta do dentista no local, um grande número de pessoas precisando ser tratadas”.

Precisa ser lembrado que o MS ressalta que o PSF deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional - de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade - e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.²⁹

Em relação às **localizações** das USF com respectivas ESB, existem trinta, distribuídas 10 em distritos (zona rural) e 20 na zona urbana, sendo que algumas dessas unidades eram UBS e passaram para PSF.

Quanto ao **número inicial e atual das ESB e suas respectivas modalidades** foi-nos respondido que “Eram nove equipes, e hoje temos trinta, todas modalidades I”. E quanto ao número de USF existentes no momento da pesquisa, frisa-se: “Temos 82 USF”.

Quanto à **cobertura populacional**, conforme dados obtidos pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNES), constata-se que 272.550 pessoas estão nas áreas atendidas pelas ESF, o que corresponde a 50,9% da população. Já a população coberta por ESB corresponde a 131.100, representando 24,5% da população.³⁰

Em relação à **forma de contratação** dos cirurgiões-dentistas, o gestor afirma que “Existe uma seleção”, sem, no entanto, detalhar os critérios de admissão.

Diante disso, destacamos as considerações realizadas por Pereira *et al.*³¹ quanto à seleção dos profissionais para as ESF que deveria ser por teste seletivo interno, concurso público ou por recrutamento externo através de contratação em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Os resultados deste trabalho demonstram que, no município de Feira de Santana, os vínculos não são estáveis, tendo como forma o contrato temporário, o que, além de não resguardar os direitos trabalhistas dos profissionais, faz com que estes fiquem à mercê das mudanças políticas.

Em termos salariais, afirma-se que os CD e ASB recebem **salário mensal** entre “Aproximadamente R\$ 2.200,00 a R\$ 2.300,00 e o ASB de R\$ 580,00”.

Para Souza³¹, o investimento em recursos humanos bem como uma remuneração justa são imprescindíveis para a implementação do PSF e para a mudança no modelo assistencial do ponto de vista prático e não somente devem constar nas interações e relatórios teóricos.

Em relação à **jornada de trabalho**, as ESB devem trabalhar “40 horas semanais”, o que está de acordo com a Portaria 648 de 2006¹⁰, que aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da ABS para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e estabelece que compete às Secretarias Municipais de Saúde assegurar o cumprimento de horário integral - jornada de 40 horas semanais - de todos os profissionais nas ESF, de saúde bucal e de ACS.

A jornada diária de 8 horas significa, na prática, dedicação integral à Saúde da Família, sendo um dos pontos principais do PSF poder contar com profissionais que podem se dedicar efetivamente a esse trabalho, todos os dias da semana. Tendo a Saúde da Família como atividade, em regime integral, esses profissionais estabelecem uma ligação efetiva com a comunidade.⁶ Mas, na opinião de Santos⁹, isso não garante por si, um aumento no número de procedimentos, nem significa, necessariamente, ganho em qualidade das atividades desenvolvidas, o que depende da compreensão do próprio processo de trabalho em saúde e da utilização de dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo) e dispositivos instituintes (autonomia, pertencimento, empoderamento).

Diante das questões sobre as **dificuldades e sucessos**, comenta:

Dificuldade ainda é a demanda que é muito grande e [...] sobrecarrega as unidades. Outra coisa é conseguir mostrar para os usuários do SUS a necessidade de prevenção porque eles estão muito acostumados só com a parte curativa e esquece que para ir ao dentista, precisa que haja a prevenção, que fica mais barato e é mais saudável. [...] eles não entendem que a palavra-chave hoje é prevenção.

Essa realidade ilustra que o fato de uma ESB estar vinculada a mais de uma ESF tende a enfrentar o desafio de uma demanda reprimida maior do que a capacidade de oferta dos serviços, situação que dificulta o vínculo com a população adscrita.

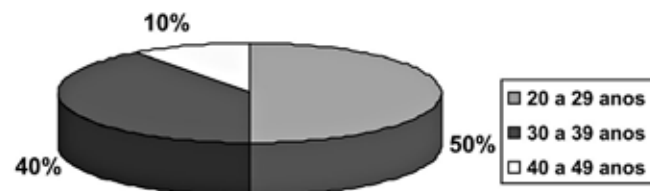
Dando continuidade a sua fala, complementa: “Sucesso seria em ter alcançado, que em cinco anos e meio que che-

guei aqui não tinha nenhuma ESB, dentista era ausente, e hoje temos 30, isso é o início de um sucesso, eu não diria sucesso, mas um dia a gente chega lá”.

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

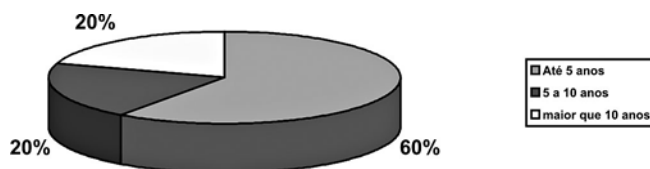
Os profissionais participantes deste estudo apresentam uma idade média de 27 anos e máxima de 40 anos (Figura 1), o que demonstra a inserção na ESB de profissionais adultos jovens. Destes, 60% são do sexo feminino e 40%, do sexo masculino, o que sugere a feminilização da odontologia.

Figura 1: Perfil dos entrevistados de acordo com a idade no município de Feira de Santana - BA/2008



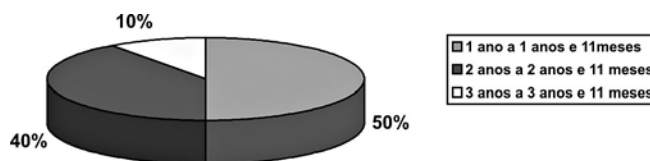
O período de formado variou de 3 a 12 anos (Figura 2), ou seja, profissionais com pouca experiência nas práticas odontológicas.

Figura 2 - Perfil dos entrevistados de acordo com o tempo de formados no município de Feira de Santana - BA/2008.



O tempo que os profissionais atuam em suas unidades varia de um mês a três anos, com 50% há menos de um ano, 40% dois anos e 10% três anos. Dados que não correspondem ao período de implantação das ESB no PSF no Município, o que se deu exatamente há quatro anos.

Figura 3 - Perfil dos entrevistados de acordo com o tempo de atuação nas Equipes de Saúde Bucal no município de Feira de Santana - BA/2008.



A maioria afirmou não ter tido experiência anterior no PSF e apenas 30% afirmaram já ter trabalhado em USF, por um período que variou de 6 meses a oito anos.

Relativo à especialidade, seis CD confirmaram ter realizado curso de pós-graduação, todos em área de atuação clínica, em nível de especialização, e apenas um afirmou ter feito curso de aperfeiçoamento.

Dos cursos citados, as especializações foram em: endodontia, dentística restauradora, cirurgia, odontologia do trabalho e radiologia odontológica, chamando a atenção que predomina a especialização em endodontia.

Para Silveira Filho³³, o perfil esperado do CD que atua no PSF é de um generalista de formação, com aptidões básicas para realizar a clínica geral para adultos, crianças, gestantes e idosos. Não basta, para esse profissional, a racionalidade técnica e o conhecimento biomédico, ao contrário, ele precisa incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas para romper com os vícios do modelo de atuação que se procura modificar.

Micropolítica do trabalho dos cirurgiões-dentistas no PSF

Para salvaguardar as identidades dos CD foram atribuídos códigos: CD01 a CD10.

Participação em curso de capacitação

Em relação a curso de capacitação na área de Saúde da Família, apesar do pouco tempo nas USF, a maioria respondeu já ter participado de atividades na Secretaria Municipal de Saúde que, de acordo com a portaria 648 de 2006, é a responsável pela capacitação e educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes.

Planejamento das ações

De acordo com Pinto³⁴, 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. 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. Pelos depoimentos transcritos abaixo, podemos considerar que a maioria faz planejamento mensal.

Planejamento é mensal e feito por grupos, tem o dia de atendimento de criança, adolescente, idoso, gestante. Então, faz essa programação mensal deixando turnos para atividades educativas, fazer reuniões com as ACS, com a comunidade e visitas as escolas. (CD01;CD09)

No entendimento de Souza³², a equipe deverá conhecer a realidade e, com base nela, planejar a intervenção, sendo necessário o conhecimento dos dados de suas respectivas áreas (população por faixa etária, condições de saneamento, doenças prevalentes, entre outros) e, a partir de então, definir formas de inserção dos diferentes grupos de forma equitativa e ética.⁹

Assim, Cardoso *et al.*³⁵ complementam que a programação das ações deve contemplar todos os grupos etários de forma a efetivamente intervir na realidade de saúde das famílias. Considerando o trabalho multidisciplinar, as ações educativo-preventivas devem ser priorizadas no planejamento, uma vez que se constituem em ações de baixa complexidade e alta abrangência populacional.

Coordenação da Unidade

A maioria respondeu ser uma enfermeira a coordenadora da unidade, embora outros profissionais - médico e CD - também vêm assumindo a função. No entanto, nota-se que existe incompreensão por parte de alguns profissionais em relação ao processo de coordenação.

“[...] é o que mais tem é coordenador, são vários coordenadores. [...] e cada dia aparece um aqui. Tem a supervisora do PSF, que é a coordenadora, digamos assim, MOR, [...] é a coordenadora MOR. E tem um que eu acho que, digamos assim, na escala, sei lá, o príncipe, que é o segundo que aqui fiscaliza a gente” (CD02).

Demanda e forma de agendamento

Conforme Carvalho *et al.*³⁶, a livre demanda ou demanda espontânea é caracterizada por pessoas que buscam o atendimento por sua autopercepção ou por alguma intercorrência clínica, devendo o acolhimento para esse tipo de demanda, sempre que possível, ser diário e ofertado nos dois turnos de trabalho. Quanto à demanda organizada ou atenção programada é caracterizada por pessoas cadastradas na área de maior vulnerabilidade, sem excluir os usuários que buscam a demanda espontânea. Todavia observamos que a maioria dos entrevistados afirma ser demanda organizada e da área adscrita, embora alguns apontem para uma demanda organizada e/ou espontânea.

“Demanda é espontânea. Porque antes tinha uma lista de espera, só que o pessoal não estava gostando porque a comunidade é mais de 3.000 pessoas, e aí nunca você dá conta de dar o tratamento completo para colocar mais gente, então, aí agora é dia de marcação fixo, que é o dia de sexta, que é o dia da minha folga. Disponibiliza 80 vagas quinzenais, 16 vagas reservadas para diabéticos, hipertensos que têm que trazer relatório médico comprovando” (CD02).

“É organizada e espontânea. Eu organizei assim, e acho bem melhor. Atende só o pessoal da área adscrita” (CD05).

“Organizada a partir dos ACS, aí eles trazem o paciente. Espontânea e organizada, porque a família que entra é organizada, mas sempre aparece uma ou outra espontânea, urgência para a gente atender. A maioria é da área adscrita, mas atende também da micro-área” (CD04).

Percebe-se uma falta de compreensão sobre a área adscrita e micro-área. Existem recomendações e critérios para definir a população atendida por uma USF. Por esses critérios, cada ESF é responsável por um número determinado de famílias, é o que se chama de “população adscrita”. E micro-área é um espaço geográfico delimitado que corresponde à área de atuação de um ACS, sendo norteadada pela análise da situação de saúde da população, representando um espaço mais ou menos homogêneo, quanto às condições de vida e saúde.³⁷

Com relação ao acesso dos usuários, nota-se claramente uma predominância de marcação de consultas nas unidades, por ordem de chegada, onde se observa que o agendamento por grupos ou faixa etária não é uma realidade. Essa forma de organização da demanda termina sendo um pouco excludente a partir do momento em que não se avalia o grau de necessidade de cada indivíduo, o que ficou mostrado no depoimento a seguir: “[...] tem pessoas que precisam muito e estão no fim da lista e outras que precisam pouco e estão no início da lista e eu não tenho como falar “não você não vem...” (CD07).

Nesta perspectiva, como pode ser comprovado abaixo, embora se manifeste a preocupação de oferecê-lo, na maioria das USF, o tratamento completado só ocorre se o próprio usuário conseguir remarcar a consulta.

“A gente não conseguiu organizar ainda, porque foi colocado uma lista. E a USF, não é para ter lista de espera, mas eu não tenho como ficar agendando as pessoas, se não muita gente vem agora e só vem em dezembro para fazer outra restauração. Eu prefiro colocar uma lista por enquanto, para que as pessoas terminem o tratamento e eu chame outra.” (CD06).

“[...] o tratamento só é concluído se ele marcar e vir até terminar. Só que a gente observa que a maioria não quer tratamento concluído, quer resolver no momento de emergência. Quando começa a surgir outra emergência, outro caso de dor, aí volta. São raros os que completam o tratamento” (CD02, CD03, CD04).

A questão cultural trazida no depoimento acima também é abordada pelo CD abaixo, o que reflete uma incoerência entre a adesão ao tratamento e as necessidades acumuladas:

“[...] O tratamento é iniciado, e concluído se eles voltarem para marcar, porque, assim a gente começa e eles têm que vir constantemente marcar, porque se ficassemos nas mãos deles assim, esperando que eles retornassem, aí iríamos ficar sem paciente porque normalmente eles já faltam muito, então assim, não é porque ele começou o tratamento hoje que obrigatoriamente ele vai concluir o tratamento” (CD09).

A opinião de Santos⁹ de que, após definida uma alternativa de marcação, a unidade deverá ofertar diferentes turnos de atendimento clínico (manhã e tarde) e, quando possível, o agendamento ser por hora marcada ou por bloco de horário, sempre visando diminuir o tempo de permanência dos usuários na unidade de saúde, poderia ser uma forma de melhorar a adesão ao tratamento.

Nota-se, ainda que, embora exista preocupação com o tratamento concluído, não há um entendimento quanto à manutenção da saúde bucal, defendido por Carvalho *et al.*³⁶, quando frisa que os pacientes que concluem o tratamento clínico, ou que vem se mantendo saudáveis, devem ser agendados para acompanhamento periódico e orientados para o autocuidado: “[...] Eu atendo aqui a família, e tenho famílias que não têm mais problema bucal. Então, **eu não tenho mais preocupação com essas famílias. O nosso objetivo é tratamento concluído**” (grifo nosso) (CD05).

Em artigo sobre a organização das ações de saúde bucal, publicado em 2006, Santos destaca que o tratamento não completado gera uma maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, mas cria um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou conseguirão resolver seus problemas, ao contrário, a opção pelo tratamento completado leva à diminuição, ao longo do tempo, das necessidades acumuladas, vislumbrando-se, a longo prazo, um ganho na qualidade dos serviços, a resolubilidade nos procedimentos, a diminuição nos gastos, a satisfação dos

usuários à medida que compreendam os benefícios de não precisarem ir ao serviço odontológico disputar uma vaga para cada procedimento.

Referência e contra-referência

Existe unanimidade em encaminhar os casos de maior complexidade para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Feira de Santana. Porém, a maioria afirma encaminhar também para o Núcleo de Câncer Oral da UEFS: “Limpeza, restaurações, exodontias, canal e prótese são feitos no CEO” (CD09).

Mas a maioria coloca os limites da referência em Saúde Bucal no município, denotando pouca resolubilidade da atenção.

“Essa ponte, mandar para o CEO e trazer para aqui está danificada, porque mandei um paciente para o CEO fazer um canal, só vai poder ser feito daqui a cinco meses, o paciente não tem paciência e extrai o dente, ele não vai querer esperar cinco meses para fazer um canal, e mesmo assim tem a interação canal prótese, que após o canal pronto o SUS não dá prótese, aí o paciente não vai poder colocar um bloco, ai prefere extrair” (CDO4).

Ações desempenhadas

Em relação às ações individuais e coletivas, a maioria demonstra ter conhecimento das ações educativo-preventivas e uma minoria não soube diferenciar ações educativas de ações curativas, como podemos observar nas falas a seguir.

“Na verdade, faz atendimento e prevenção. A parte de prevenção é feita na unidade, na comunidade e nas escolas. [...] Então a gente agenda [...] leva a quantidade de Kits por turma e faz escovação supervisionada, palestra e aplicação tópica de flúor [...] Às vezes alguma ACS chama a gente para fazer alguma atividade em igrejas, algum centro comunitário, aí a gente fala sobre escovação, cárie, doença periodontal, higienização de próteses. Faz reunião com os ACS para fazer capacitação, porque as atividades educativas em saúde bucal podem ser feitas por mim, pelo ACD e pelos ACS também, porque eles estão em íntimo contato com a comunidade [...]” (CD01)

“Palestras em escolas, escovação, orientação da higiene bucal nas crianças, inclusão social através do tratamento dos dentes em adolescentes. Eu vou à escola e trago aqueles com maior

problema de sorriso de frente e faço a inclusão social dele. Faço também trabalho com gestante, idosos e diabéticos através da doença periodontal. E estou fazendo agora, junto com as ACS, a tarefa da escova nova, renovação da escova dental. A gente vai às casas, vê o estado das escovas de dente daquela família, caso veja precariedade, vê que aquela família não tem condição de tá trocando a escova, a gente oferece, oferta às escovas” (CD05).

“Restauração, extração, instrução de higiene bucal, raspagem, extração cirúrgica de menor complexidade. A ACD tem a função de organizar a lista, arrumar equipamento e selecionar material” (CD06).

“Individuais são os procedimentos clínicos, e a gente faz escovação supervisionada, a gente pede que o paciente traga a sua escova. E coletivo, é higiene bucal supervisionada em grupo e aplicação de flúor, que tem a escovação com a ACD, ela faz nos dias em que não estou aqui” (CD010).

Os profissionais demonstraram claramente que existe uma interação com a comunidade em que trabalham, através da realização dessas ações educativo-preventivas. Dessa forma, somos levados a concordar que existe uma congruência em relação à Portaria nº648 de 2006¹⁰, quando ressalta as atribuições específicas do CD, estabelecendo coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

Visitas domiciliares

A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem através de organização de visitas da ESB às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário.³⁷

Em relação às visitas domiciliares, nos discursos, percebe-se que não existe uma prática sistematizada: “A gente tenta marcar uma mensal, mas aí fica a critério dos ACS, quando eles identificam a necessidade, nos avisam aí nós vamos. A gente tem carro disponível na unidade uma vez por semana para fazer essas visitas” (CD01) e “Varia muito, aí é questão de necessidade mesmo, até porque tem dificuldade em ir até a casa” (CD08).

Para Franco e Merhy³⁸, as visitas domiciliares não devem ter o caráter compulsório. Portanto, não precisam acontecer em turnos pré-fixados, mas sempre que houver necessidade (gestante, acamado, recém nascido, idoso, pessoas com necessidades específicas), agendando-se

previamente com o ACS e comunicando à família a visita. Cada localidade deve planejar a melhor estratégia para sua comunidade.⁹

Envolvimento das ESB com ESF

Percebemos que as ESB procuram trabalhar articuladas com os demais membros da ESF, porém ainda de forma insuficiente. Hoje os CD devem adotar novas atitudes frente às necessidades de saúde, o que implica em trabalhar com uma equipe multidisciplinar, em que cada profissional procure contribuir com o seu conhecimento para um atendimento adequado.

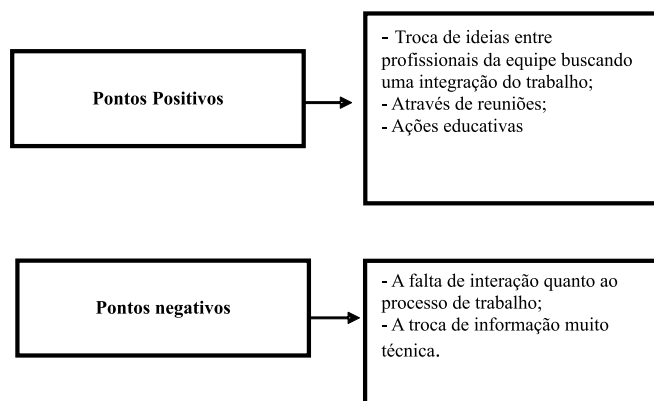
Quando consultados em relação ao trabalho multidisciplinar, as falas apresentam pontos negativos e positivos sistematizados no quadro 2.

“[...] a gente tem uma interação boa. Ex.: outro dia apareceu um paciente, o médico detectou uma lesão no palato duro. Ai o médico me falou. Fiz uma biopsia e encaminhei para uma clínica, quando veio o resultado a gente discutiu o que poderia ser feito por aqui mesmo. Tanto com médico como com enfermeiro quando tem problema com o paciente eles me falam e a gente faz essa interação” (CD02; CD01;CD06).

“Sim. Através das reuniões, em que discutimos as prioridades e o que estamos achando da comunidade e até mesmo quantidade de faltas na unidade” (CD09).

“Existe, a gente participa das reuniões e tudo que a gente tem, por exemplo, tem um caso que depende do médico a gente manda para ele, se o medico tem um paciente que não é da área dele ele manda para cá, enfermeira também, as agentes sempre chegam aqui com caso de maior urgência” (CD10).

Quadro 2 - pontos positivos e negativos do trabalho multidisciplinar



Instrumentos de trabalho disponíveis

Antes mesmo do encontro formal entre usuário e trabalhador, os espaços são preparados para essa relação. O preparo diz respeito à organização, higiene, estética, conforto, sinalização, informação do espaço físico, bem como a maneira como os trabalhadores preparam-se para aguardar os usuários.³⁹

Quanto aos instrumentos de trabalhos disponíveis, material didático e de consumo, não é problema em nenhuma unidade, inicialmente todos relataram ter material. Mas, no decorrer das entrevistas, algumas questões foram surgindo como pode ser visto abaixo.

Todos responderam não ter aparelho de Raios X odontológico na Unidade e fazerem encaminhamento dos usuários que necessitam de radiografias para uma Policlínica localizada em outro bairro.

“Rx não tem. Tem algumas coisas que deveriam ser melhoradas, entendeu? Mas pelo fato de ser muitas unidades, sabe como é a máquina, né? Demora um pouco. [...]. Instrumental e material clínico tem muito, precisa dar uma ajeitada e no maquinário em termos técnicos” (CD02).

“[...] O que mais faz aqui é extração e limpeza, depois amálgama e muito raro resina, devido o maquinário ruim” (CD02).

“Aparelho de Rx não, a gente solicita para outro posto que tem o aparelho e é público. Mas se quero mais rápido peço particular, porque às vezes também gasta para chegar até lá” (CD03).

“Material tem tudo. Quanto ao Rx é uma dificuldade, porque o pessoal sai daqui da zona rural para ir para a sede, eles dão disponibilidade um dia na semana às quatro horas da tarde, ai fica muito inviável o paciente sair daqui para ir. [...] Dificuldade muita é de transporte para fazer atividades educativas para fazer as visitas também [...]” (CD08).

Dificuldades ainda existentes, embora a Portaria 648 de 2006¹⁰ também estabeleça, como competência das Secretarias Municipais de Saúde, garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das ESF, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos ACS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas, cabendo ao CD participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Dificuldades e/ou sucessos

Muitos entrevistados atribuem as dificuldades na operacionalização do programa à demanda reprimida e ao interesse e cultura da população. Poucos relatam não ter encontrado dificuldades, apenas os CD01 e 04.

Entende-se que existe uma coerência quanto à preocupação de não ter condições de proporcionar um acesso à população como um todo, devido ao grande número de pessoas com necessidade de tratamento.

“Dificuldade, pouco recurso humano para muita gente. Um dentista para 3.000 pessoas é inviável, porque você tem quatro dias de atendimento e eles querem que você faça visita domiciliar, palestras em escola, atenda em orfanato e dê conta da demanda, e aí o pessoal não quer que você saia do posto em nenhum segundo. A população é muito carente, se for olhar aqui, o índice CPOD é coisa de louco, muitos dentes perdidos, muitos dentes extensamente destruídos precisando fazer extração [...]” (CD02; CD03).

“Dificuldade, no momento, é o conhecimento da comunidade, [...] qualquer coisa é urgência para eles. Eles também não têm interesse em ficar em palestras, muito difícil você prender, tem que fazer palestra áudio-visual, porque você só [...] ficar falando, falando, isso em minha opinião não traz um retorno nem de 50%. Então, a dificuldade é a comunidade” (CD05).

“Dificuldades é a questão [...] que a demanda é muito grande [...] Sucesso é que a gente está conseguindo aos poucos conscientizar sobre a prevenção, mas tenho consciência que não é de hoje para amanhã, depende de tempo” (CD06).

A fala abaixo manifesta preocupação com a necessidade do atendimento clínico devido à grande demanda reprimida que se tem, mostrando coerência com o que preconiza as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal⁴⁰, elaborada a partir dos resultados do SB Brasil 2003, definindo no mínimo 75% de ações curativas.

“A demanda é muito grande para a gente fazer o que precisa ser feito na saúde da família. É difícil fazer mais prevenção que curativo, acho que o pior de tudo é isso, hoje faz mais curativo que prevenção. E a população ainda precisa muito mais de curativo que de prevenção, de acordo com a dor que esta está sentindo, ela sente ainda dor, mesmo que a gente queira dispensar mais tempo para a prevenção o curativo é ainda maior” (CD07).

Apesar dos problemas relatados, o CD abaixo aborda o avanço que aconteceu com a implantação das ESB no PSF.

“Dificuldades, acho que é demanda, é muita gente para pouco dentista, [...] Um dentista para uma população que é grande todo mundo sabe que não é suficiente, mas assim, em relação aos anos passados atende a população em nível satisfatório, assim quem procura sempre acha atendimento” (CD09).

Existindo também a compreensão de que a Saúde Bucal ainda é relegada a segundo plano, reflexo das políticas de saúde adotadas por muitos anos no Brasil:

“Acho que a maior dificuldade ainda é conscientizar a população sobre a necessidade de cuidar, manter o cuidado fora do consultório odontológico, infelizmente a gente ainda trabalha com a população que ainda está muito acostumada ao assistencialismo a vir ao dentista só quando sente dor de dente. A dificuldade ainda é a falta de divulgação na mídia da odontologia no geral, então acho que a odontologia precisa de abrir esse espaço, fazer campanhas no geral” (CD10).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta demanda, causada pelo número excessivo de famílias vinculadas às ESB, aparece como um problema para o programa, pois reflete no não cumprimento dos princípios da universalidade, equidade e integralidade. O fato de ainda não existir ESB na maioria das USF e uma ESB estar vinculada ao território de mais de uma Equipe de Saúde da Família dificulta a integração das equipes e tem uma demanda reprimida maior do que a capacidade do serviço, levando a inviabilidade no processo de “ouvir, cuidar e atender” com qualidade a população, seja ela adscrita ou não, e a impossibilidade de executar o trabalho com resolubilidade.

Através dos resultados do estudo, observa-se também a pouca articulação entre o CD e os demais profissionais que atuam na ESF, talvez isso possa ser explicado pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de Saúde Bucal ou pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESB, impedindo-a de realizar um trabalho interdisciplinar.

Em relação à conscientização da população sobre a saúde bucal, citado por alguns entrevistados, esta deverá ser entendida como uma continuidade de educação fora do âmbito curativo do consultório odontológico, onde deve-se trabalhar a população no sentido de mudar hábitos em busca da manutenção da saúde.

Enfim, sugerimos aos responsáveis pelas políticas de saúde no município estudado, a ampliação das ESB no PSF, proporcionando condições de organização dos processos de trabalho e maior capacitação dos profissionais, pois o estudo aponta que uma das maiores dificuldades do programa é o número de indivíduos com necessidades urgentes de cuidado em Saúde Bucal.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; Senado Federal; 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Brasil. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Incentivo a Saúde Bucal. Diário Oficial da União, v.139, n.20, p.23, Brasília; 2000.
6. Brasil. Portaria n. 267, de 06 de março de 2001. Portaria de normas e diretrizes da Saúde Bucal. Diário Oficial da União, Brasília; 2001.
7. Brasil. Lei Ordinária Nº 11889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta O exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - Tsb e de Auxiliar em Saúde Bucal - Asb. Diário Oficial da União, 26 Dezembro 2008.
8. Brasil. Portaria n. 673/GM, de 03 de junho de 2003. Incentivo financeiro às ações de Saúde Bucal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 de jun; 2003.
9. Santos AM. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. Rev APS. 2006 jul/dez; 9(2):190-200.
10. Brasil. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de mar 2006.
11. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em unidade básica de saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(2):599-609.
12. Coutinho CN. Representação de interesses, formulação de políticas sociais. In: Teixeira SF, organizador. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1995. p.47-60.
13. Bezerra N, Nascimento MAA. Implantação do programa de saúde da família (PSF) em Feira de Santana-BA. Rev Baiana Saúde Pública. 2005 jul/dez; 29(2):175-88.
14. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(sup):297-302.
15. Araujo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(1):219-27.
16. Alves G, Aerts D. As práticas Educativas em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. [Citado em 2008 mar. 05]. Disponível em: <<http://www.abrasco.br>>.
17. Merhy EE. O Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 1999.
18. Roncalli AOG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integridade em saúde pública coletiva [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2000.
19. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no programa saúde da família em Alagoinhas- Bahia. Rev Baiana Saúde Pública. 2005 jul/dez; 29(2):273-85.
20. Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos

- de capacitação. *Cad Saúde Pública*. 2004 nov/dez; 20(6): 1538-44
21. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoínhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 jan; 23(1):75-85.
22. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no programa de saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 13(1):35-41.
23. Narvai PC. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos; 2001.
24. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA; 2008. [Citado em 2008 mar. 05]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/>
25. Brasil. Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil. Registro de uma Conquista Histórica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
26. Brasil. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
27. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
28. Machado MFAS. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSF por meio da participação habilitadora [tese]. Fortaleza- CE: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - FFOE; 2007.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
31. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de Equipes de saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Citado em 2008 mar. 05]. Disponível em: <http://www.abrasco.br>.
32. Souza SMD. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. In: Pinheiro JT, organizador. *Ações de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF): ampliando a atenção básica à saúde*. Recife: EDUPE; 2001.
33. Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. 2002. [Citado em 2007 ago. 15]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
34. Pinto VG. *Planejamento: saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2000.
35. Cardoso ACC, Santos Junior RQ, Souza LEP, Barbosa MBCB. Inserção da Equipe de Saúde Bucal no PSF: Um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à Saúde. *Rev Baiana Saúde Publica*. 2006; 26(1):94-8.
36. Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da Equipe de saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. *Bol Saúde*. 2004 jan./jun; 9(1). [Citado em 2008 mar. 01]. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_16dinamicaequipe.pdf
37. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
38. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p.37-54.
39. Santos AM, Assis MMA. Rede de relações dos protagonistas da Prática de Saúde Bucal no programa saúde da família (PSF) de Alagoínhas - Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2005 jul/dez; 29:313-25.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Submissão: junho de 2009

Aprovação: setembro de 2009
