

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Ana Carolina Bonani Urban Candelária**

**Maria Fernanda Laube Domingos Lima**

**A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DA EQUIPE DE SAÚDE  
BUCAL NO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TAUBATÉ – SP**

**2019**

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**  
**Ana Carolina Bonani Urban Candelária**  
**Maria Fernanda Laube Domingos Lima**

**A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DA EQUIPE DE SAÚDE  
BUCAL NO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de graduação apresentado ao  
Departamento de Odontologia da Universidade  
de Taubaté como parte dos requisitos para  
obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Mario Celso Peloggia

**TAUBATÉ-SP**  
**2019**

**SIBi - Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU**

C216i Candelária, Ana Carolina Bonani Urban  
A importância da inclusão da equipe de saúde bucal no programa  
estratégia saúde da família / Ana Carolina Bonani Urban Candelária,  
Maria Fernanda Laube Domingos Lima. – 2019.  
34f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento  
de Odontologia, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Mário Celso Peloggia, Departamento de  
Odontologia.

1. Condições de trabalho. 2. Equipes de saúde bucal. 3. Estratégia  
saúde da família. 4. Sistema único de saúde. I. Lima, Maria Fernanda  
Laube Domingos. II. Universidade de Taubaté. III. Título.

CDD 617.601

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Ana Carolina Bonani Urban Candelária  
Maria Fernanda Laube Domingos**

Data:\_\_\_\_\_

Resultado:\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Mario Celso Peloggia – Universidade de Taubaté

Assinatura:\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Celso Monteiro da Silva – Universidade de Taubaté

Assinatura:\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Claudia Auxiliadora Pinto – Universidade de Taubaté

Assinatura:\_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, ao nosso orientador Prof. Dr. Mario Celso Peloggia, pela ajuda e incentivo, aos familiares e amigos que nos apoiaram durante esta jornada e por todo o incentivo nos dado, fazendo com que esse trabalho acontecesse.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me fornecer total sabedoria e a oportunidade de conseguir chegar até aqui.

Aos meus pais Mila Bonani Garcia e Sérgio Eduardo Urban Candelária que sempre acreditaram e estimularam o melhor do meu potencial, além de todas as orações por mim.

Agradeço ao meu padrasto Glauco Garcia e meus tios Fernando Candelária e José Candelária que dividiram comigo experiência e sabedoria em todas as conversas em que pensamos juntos a melhor forma de executar este trabalho.

Ao meu namorado João Vitor Damilano por toda paciência e cumplicidade ao sempre me incentivar e não me deixar abater quaisquer fossem as circunstâncias e principalmente me acompanhar nessa jornada tão importante na minha vida.

A minha madrinha Lisa Santos Bonani por partilhar do amor pela odontologia e sempre me ajudar no que me fosse preciso.

Agradeço a todos aqueles que acreditaram que esse sonho poderia se tornar realidade, sendo meus avós Ana Maria Candelária, Magali Santos Bonani e Paulo Bonani por todo seu carinho e também memória do meu avô e professor Luiz Fernando por de onde quer que ele esteja abençoar e iluminar todos os meus passos dentro desta profissão.

Agradeço também a minha dupla Maria Fernanda Laube Domingos Lima pelo companheirismo, por compartilharmos juntas grandes experiências e conhecimentos, chegamos até aqui juntas e que possamos continuar nos ajudando, mesmo fora daqui.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Mario Celso Peloggia por todo o conhecimento proposto e dividido e por ajudar em cada momento de dúvida e dificuldade durante essa jornada.

Por fim, agradeço a todos os demais professores do curso e os professores que passaram em minha vida por me ajudarem e deixarem um pouco de cada um na minha formação como pessoa e futura profissional.

Ana Carolina Bonani Urban Candelária

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder sabedoria, e me ajudar chegar até aqui, não seria nada sem tua graça e misericórdia. Que me use dentro dessa profissão sendo feita sempre a sua vontade.

Agradeço aos meus pais Claudemir Domingos e Marilene Laube Domingos, por sempre acreditarem no meu potencial e me incentivar, além das orações e esforço para realizar todos os meus sonhos, a minha irmã Ana Caroline Laube Domingos Oliveira e meu cunhado Felipe, pelas ajudas e conselhos, ao meu marido Renan Gil Lima, pelo incentivo e por sempre acreditar em mim, obrigada por aguentarem minhas crises de desespero e logo depois se alegrarem com minhas vitórias.

Agradeço também a minha dupla Ana Carolina Bonani Urban Candelária, pelo companheirismo, por compartilhar comigo grandes experiências e conhecimentos, chegamos até aqui juntas e que possamos continuar nos ajudando, mesmo fora daqui.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Mario Celso Peloggia, por todo o apoio, por dividir seu conhecimento e nos ajudar em cada momento de dúvida e dificuldade.

Agradeço a todos aqueles que acreditaram que esse sonho poderia ser possível, principalmente aos meus avós João Arnaldo Laube, Benedita Ferreira Laube, Teresinha da Conceição Claudino Domingos, Manuel Domingos (em memória), familiares e amigos.

Por fim, agradeço a todos os professores que fizeram parte dessa caminhada, desde o início da minha alfabetização até o final da graduação, vocês foram essenciais para a minha formação e levarei cada ensinamento para a minha vida.

Maria Fernanda Laube Domingos Lima

## RESUMO

A inclusão da equipe de saúde bucal no Programa Estratégia Saúde da Família (PSF), embora uma realidade desde 2004 trata-se ainda de um projeto em construção, uma vez que, não consiste em um modelo pronto e acabado, que represente por si só, melhoria da qualidade de saúde bucal da população além da produção de serviços de saúde e basicamente está acontecendo como trabalho isolado dos profissionais. O trabalho dito em equipe, na prática, observa-se que ocorre pelo simples compartilhar do mesmo espaço físico em unidades de saúde, significando apenas uma abordagem multiprofissional, sem que haja a real inter ou transdisciplinaridade. Nessa perspectiva, avaliamos a atual situação do mercado de trabalho odontológico entendendo o PSF enquanto estratégia para viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS), conhecendo a realidade da população sob sua responsabilidade, os contextos familiares e a vida comunitária, discutindo a importância da equipe de saúde bucal no programa e, avaliando as ações gerais e específicas da inserção desta equipe no PSF. Concluiu-se que a inclusão da saúde bucal na estratégia de saúde da família expressa os princípios e diretrizes do SUS possibilitando a redução das desigualdades sociais pela universalidade, integralidade das ações e serviços além da ampliação do acesso da população por meio de um novo modelo de assistência à saúde e abre perspectivas para um mercado de trabalho promissor, porém ainda precisa ser melhor trabalhado para permitir uma maior integralidades das ações e interdisciplinaridade do processo e uma readequação dos cursos de odontologia do país para formação de profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda aos princípios e diretrizes do SUS.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Equipes de Saúde Bucal. Condições de trabalho.



## ABSTRACT

The inclusion of the oral health team in the Family Health Strategy Program (FHP), although a reality since 2004, is still a project under construction, since it does not consist of a ready and finished model, which in itself represents, improving the oral health quality of the population beyond the production of health services and is basically happening as isolated work of professionals. The teamwork, in practice, is observed by the simple sharing of the same physical space in health units, meaning only a multiprofessional approach, without the real inter or transdisciplinarity. From this perspective, we evaluated the current situation of the dental labor market, understanding the PSF as a strategy for enabling the Unified Health System (SUS), knowing the reality of the population under its responsibility, family contexts and community life, discussing the importance of the oral health team in the program and evaluating the general and specific actions of the insertion of this team in the PSF. It was concluded that the inclusion of oral health in the family health strategy expresses the principles and guidelines of the SUS, enabling the reduction of social inequalities through universality, comprehensiveness of actions and services, and the expansion of population access through a new health care model and opens prospects for a promising labor market, but still needs to be better worked to allow a greater integrality of the actions and interdisciplinarity of the process and a readjustment of the dentistry courses in the country for training of qualified professionals to exercise a practice that meets principles and guidelines of SUS.

**Key-words:** Family Health Strategy. Unified Health System. Oral Health Teams. Work conditions

## **GLOSSARIO**

**PSF:** Programa de Saúde da Família.

**ESF:** Estratégia de Saúde da Família.

**SUS:** Sistema Único de Saúde.

**CD:** Cirurgião- Dentista.

**ESB:** Equipe de Saúde Bucal.

**PNSB:** Programa Nacional de Saúde Bucal.

**CEOs:** Centro de Especialidades Odontológicas.

**LRPD:** Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

**DCN:** Diretrizes Curriculares Nacionais.

**ACS:** Agente Comunitário de Saúde.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. PROPOSIÇÃO .....	11
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4. DISCUSSÃO .....	27
5. CONCLUSÕES .....	31
6. REFERÊNCIAS .....	32

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família busca a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Ela é tida pelo Ministério da Saúde, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por permitir favorecer uma reorientação do processo de atendimento com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, dentro do SUS.

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) na estratégia Saúde da Família possibilita criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial. Esse processo de trabalho deve ser fundamentado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo (Ministério da Saúde, 2017).

As três modalidades de equipes de trabalho inseridas dentro da estratégia, possibilita desenvolver ações de promoção e proteção de saúde; ações de recuperação; prevenção e controle de câncer bucal; incremento da resolução da urgência; inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica e Inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica. Independente da modalidade adotado recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (Ministério da Saúde, 2017).

Diante disso entendemos ser necessário avaliar a importância da inclusão da equipe de saúde bucal no Programa Estratégia Saúde da Família, e conhecer as ações gerais e específicas e os principais resultados da atuação em benefício à comunidade.

## **2. PROPOSIÇÃO**

Avaliar a importância da inclusão da equipe de saúde bucal no Programa Estratégia Saúde da Família enquanto estratégia para viabilização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma revisão de literatura, com artigos nacionais e estrangeiros.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Noro, et. al. (2002) publicaram um artigo intitulado “A inserção do dentista na Equipe de Saúde da Família”, que era derivado de uma pesquisa, que tinha como objetivo avaliar a situação do mercado de trabalho na área odontológica, entender o PSF (Programa de Saúde da Família) enquanto estratégia do Sistema Único de Saúde, discutir qual o trabalho e o papel do cirurgião dentista como profissional da saúde e por fim analisar as ações gerais e específicas da integração do cirurgião dentista no PSF. Os autores constataram que o trabalho executado pelo CD é de preferência realizado em consultórios particulares, ou então em empresas que contratam os serviços odontológicos. O artigo relata também que a alta incidência de doenças bucais como cáries, doenças periodontais e até câncer, não são de alta incidência na população, devido à falta de cirurgiões dentistas em todo o país, pois conforme dados existe uma relação de proporção, sendo 1 cirurgião dentista para cada 1097 habitantes. Citaram ainda, que de acordo com a “2º Conferência Nacional de Saúde Bucal”, apenas 5% de toda a população têm acesso regular ao consultório privado, enquanto 15% têm acesso irregular (casos de dor de dente ou por motivos de estética) e, 80% da população não têm nenhum acesso. O cirurgião dentista deve incluir como uma de suas atribuições a integração da saúde bucal com a área médica e os demais membros da equipe da saúde, a saúde da família é considerada como a estratégia mais adequada para se conseguir um sistema de saúde baseado nas doutrinas de universalidade, integralidade e equidade das ações e serviços. O artigo apresentou atividades que foram realizadas em grupo, onde se questionava qual o papel do dentista como profissional de saúde; quais as maiores dificuldades para alcançar este determinado perfil e também que fosse composta uma proposta ideal para a inserção da equipe de saúde bucal no PSF. Os resultados obtidos, quanto ao papel do dentista, foram principalmente os cuidados com manutenção da saúde; orientação/conscientização sobre ações de saúde; auxílio na prevenção de doenças bucais e estimulação dos pacientes a fazer visitas recentes ao CD. Já, quanto as maiores dificuldades, apontaram a grande demanda, formação inadequada e a falta de reconhecimento do trabalho do dentista pela equipe. Concluíram que o grande desafio na inserção do dentista no PSF está no seu entendimento como um profissional de saúde, efetivamente vinculado aos interesses da maioria da população e, no desempenho de seu papel na construção de um

mundo com maior justiça social e, maior possibilidade de enfrentamento, por parte da população, de suas maiores necessidades de saúde.

Ministério da Saúde (2002) definiu que o Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Neste contexto, em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde propôs, como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, a inclusão de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Os objetivos foram diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal. As equipes de saúde bucal atuam mais próximas da realidade, identificando fatores de risco, famílias em situação de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades. Cada equipe de saúde bucal atende, em média, 6900 pessoas, considerando a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família em funcionamento no município. Os recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde

Aerts, et al. (2003) mostraram que o Sistema Único de Saúde é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seu modelo de atenção, os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasam e o papel de diferentes profissionais que nele atuam. Esse trabalho objetivou uma discussão sobre a atuação do cirurgião-dentista no SUS e mostrou que uma forma de sistematizar suas possibilidades de atuação é a sua inserção no sistema em nível central ou distrital, devendo atuar em equipes interdisciplinares no planejamento de políticas públicas saudáveis e no desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da coletividade. Considerando os campos de ação propostos pela Carta de Otawa, as atribuições do cirurgião-dentista, em nível local, podiam ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, para o desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde. Mostraram e concluíram ser necessária uma readequação dos cursos de Odontologia do país para formação de profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda



aos princípios e diretrizes do SUS e uma contínua capacitação dos profissionais já graduados que atuam no sistema.

Pinto (2006) analisou o processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal-ESB no Programa Saúde da Família-PSF de Maranguape, Ceará, de 1999 a 2004, na perspectiva de consolidação de uma política integral de atenção primária. O estudo caracterizou-se como estudo de caso, analítico-crítico, incluindo construção retrospectiva, dentro da lógica geral do método histórico. A pesquisa adotou as seguintes categorias analíticas: Políticas Públicas de Saúde, Atenção Primária a Saúde, Saúde da Família e Atenção Primária em Saúde Bucal Coletiva. Na fase de campo, foi utilizada, basicamente, a pesquisa documental, onde foram verificados aspectos relativos à implantação das ESB no município pesquisado, complementada por entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, pessoas diretamente envolvidas com o processo de implantação das equipes de saúde bucal no PSF de Maranguape. Para a interpretação dos dados o estudo apoiou-se na técnica de análise do discurso. Os trabalhadores de nível superior em saúde bucal apontaram um desprestígio do setor, materializado nas condições de trabalho, alijamento dos processos decisórios, baixa cobertura e não conformação de um modelo de atenção elaborado a partir das condições de vida das pessoas. Os administradores, por sua vez, declinam a pressão popular a partir de seus reclamos, a participação do financiamento do nível federal e a sensibilidade política do executivo local como definidores da inclusão das ESB no PSF, tudo isso com uma forte conotação de externalidade ao processo de governo. Conclui-se que o poder político local é preponderante nas definições das ações do setor a despeito de qualquer norma ou apontamento emanado do nível federal, constituindo-se em campo fértil de disputa para os diversos atores sociais e que, no caso estudado, tem oscilado entre o pioneirismo das ideias e o arcaísmo das implantações.

Cericato et al. (2007) realizaram uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. Os autores enfatizaram que o fato da odontologia não estar presente desde o início na Estratégia de Saúde Bucal, foi um dos pontos cruciais que prejudicou a integração dos Cirurgiões Dentistas nesse projeto. Os autores deixaram claro que os serviços de saúde são sim de importância para a saúde bucal da coletividade, no entanto, são necessárias mudanças nas formas tradicionais em que são avaliados os serviços aplicados pelos

Cirurgiões-Dentistas, habituados a utilizar indicadores relativos apenas a aspectos curativos, o que então, redireciona esforços para a avaliação de atividades preventivas e promocionais. Assim, afirmaram que a implantação da saúde bucal no PSF, demanda uma reorganização na prática odontológica, pois o Cirurgião Dentista passa então a ser parte de um processo de qualificação profissional que procura se juntar a uma equipe e desenvolver ações inseridas nesta estratégia de intervenção populacional baseada em territórios, com objetivo a efetivação do SUS. Os autores utilizaram para as pesquisas, bases de dados Medline, Scielo e BBO, em que procuraram por palavras-chave como odontologia e PSF. Depois de feitas as pesquisas, dividiram as mesmas nos seguintes temas: ações realizadas pela ESB; perfil dos profissionais e métodos de avaliação da ESB. Os resultados, também divididos em autores/ano; tema; tipo de estudo e local, foram apresentados e mostraram a diversidade de locais onde foram realizados os estudos, o que permitiu então os autores analisar as formas de atuação das ESBs no PSF em diferentes regiões do país. Concluíram então que as ações realizadas pela equipe odontológica no PSF não estava de acordo com o que o Ministério da Saúde requisitava o que levou os autores a observarem que a ESB continuava apresentando certas características e situações, como o atendimento por demanda, curativo e individual, não sendo referente ao modelo que a estratégia representada pelo PSF pretendia transformar ou substituir.

BRASIL (2008) em seu Caderno de Atenção Básica, nº 17, mostrou que a efetivação das ações da Atenção Básica depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de produzir profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político. A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição (registro, inscrição) de clientela e aproximação da realidade sociocultural da população e da postura proativa desenvolvida pela equipe. A proposição pelo Ministério da Saúde das diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal e de sua efetivação, por meio do BRASIL SORRIDENTE, tem, na Atenção Básica, um de seus mais importantes pilares. Organizar as ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio a que se lança o BRASIL SORRIDENTE, na

certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal.

Pinheiro, et al. (2008) mostraram em seu artigo, feito a partir da análise da formação do Cirurgião-Dentista para a promoção de saúde no PSF em municípios do Ceará, visando conseguir contribuir na melhoria do profissional e na assistência prestada pelo mesmo aquela população. A análise feita pelos autores priorizou verificar como as atividades feitas pelo Cirurgião-Dentista relacionadas a promoção de saúde são desenvolvidas no PSF, e também, identificar as dificuldades e os avanços de se desenvolver tais atividades de atenção à saúde bucal. Entrevistaram onze profissionais, os quais trabalham nas equipes do PSF, sendo feito a eles uma entrevista e um questionário. Tal entrevista apresentou como resultados nos depoimentos obtidos, algumas dificuldades como a demanda bastante excessiva por atendimento, as questões culturais de cada região que dificultam quaisquer mudanças, a falta de apoio dos gestores, falta de colaboração entre todos os profissionais envolvidos e as próprias condições de vida da população que foi examinada. Assim os autores concluíram que mesmo com estes empecilhos, algumas mudanças de caráter importante têm sido implantadas, o que se pode levar a uma melhora nos serviços odontológicos prestados, a melhora da saúde bucal de toda uma população, assim como a qualidade de vida para os mesmos.

Almeida, et al. (2010) publicaram em seu artigo “Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único de saúde” através de uma revisão de literatura e debates sobre o contexto de onde está inserido a Odontologia no meio social retomando o conceito de que a Odontologia e as demais áreas da saúde devem estar integradas entre si de forma que não haja desassociação entre elas. Citaram também a importância das matérias de Sociologia, Filosofia, Psicologia e Antropologia na formação do profissional da área para uma percepção mais detalhada de como inserir-se no meio social e alcançar o objetivo final, uma relação profissional humanitária. Mostraram que a saúde pública é um processo dinâmico que demanda a união de esforços individuais e institucionais, em que é necessário um debate constante de ideias e a conjunção de vontades para compatibilizar os interesses que viabilizam a ação social. Mostraram que a Odontologia tem como foco superar obstáculos que foram distorcidos com o passar dos anos a perspectiva social da importância da integralização a ser alcançado. Para que

haja uma participação social mais efetiva e diretamente ligada aos ideais do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL (2010) mostrou os resultados da pesquisa de saúde bucal realizada no Brasil nesse ano, e apontou a cárie dentária como sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros, porém a situação melhorou entre 2003 a 2010, muito provavelmente em função das ações do Programa Brasil Sorridente e a maior contratação de profissionais de saúde bucal para atuarem no sistema. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003. Essa porcentagem diminuiu para 56% em 2010. Esse declínio, de 13 pontos percentuais, correspondeu a uma diminuição de 19% na prevalência da enfermidade. O número médio de dentes atacados por cárie também diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010 – uma redução de 25%. Em termos absolutos, e considerando a população brasileira estimada para 2010, essas reduções indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos em todo o país. Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52%. Entre os adultos o destaque cabe a uma importantíssima inversão de tendência: as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores. Em adultos, as necessidades de próteses reduziram-se em 70%.

Carvalho et al. (2010) mostraram que o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como uma estratégia de reorientação das práticas sanitárias no Brasil e a inclusão da saúde bucal, com a inserção do Cirurgião-Dentista nessa equipe, constituíram um avanço nas ações de saúde na atenção básica, incorporando o conceito de saúde bucal como um componente da saúde em seu sentido mais amplo. Este estudo teve como objetivo analisar a situação da saúde bucal no Brasil e as atribuições do Cirurgião-Dentista no PSF, assim como, abordar a forma como a Odontologia é exercida no setor público. Os dados mostraram que a prática odontológica é individualizada, centrada na doença, tecnologicamente avançada, mas excludente e socialmente caótica. A articulação entre as Instituições de Ensino Superior e os Serviços Públicos de Saúde repercutiu, de algum modo, na formação de recursos humanos para atender a essa demanda, mas ainda há a necessidade

da formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e da educação continuada para profissionais formados anteriormente à inserção das ações de saúde bucal no PSF.

Gonçalves e Ramos (2010) discutiram sobre o trabalho do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis, SC, que analisa o cotidiano de suas atividades com base na sua percepção. Mostraram como as atividades estão potencializando e/ou limitando a concretização da proposta da Estratégia em suas diretrizes e pressupostos. Entrevistaram um representante da gestão municipal e 17 Cirurgiões-Dentistas, divididos nas cinco regionais de saúde. Os potenciais e limites apontados pelos entrevistados foram agrupados em três categorias: o olhar sobre o profissional e seu papel social; o olhar sobre o trabalho no espaço da unidade de saúde; o olhar sobre a gestão da política no espaço do município. Concluíram que identificar os potenciais e limites permitiu vislumbrar caminhos para concretizar o novo modelo e superar dificuldades na construção da consciência sanitária de trabalhadores, gestores e usuários.

Carvalho et al. (2011) estudaram e formularam na FO/UFG (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás), o artigo intitulado “A formação da Equipe de Saúde da Família para como cuidado em saúde na primeira infância: perfil da equipe de saúde bucal” com o objetivo de avaliar a formação da Equipe de Saúde Bucal da ESF de alguns distritos sanitários. Realizaram um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, em que foram verificadas a formação do profissional e suas ações com relação a saúde da população, através de um questionário. Os autores trazem para o artigo os dados de onde o PSF foi criado e seus objetivos, tais como um deles, o de tornar o SUS um programa com maior efetividade, por meio da reorganização de práticas de saúde com foco em atenção básica para toda família. Descreveram que a ESF constituiu uma fonte de emprego para o CD no Brasil, porém este profissional recebeu uma educação onde se privilegia uma concepção de prática em saúde centrada nos aspectos biológicos, curativos e técnicas com pouca ênfase para fatores socioeconômicos e psicológicos, no processo saúde-doença, e para o desenvolvimento de atividades que envolvem promoção, manutenção e recuperação da saúde. Citaram ainda que em 2002, o Ministério da Saúde discutiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação de área da saúde, tal como a Odontologia, onde ficou explícito a preocupação com

relação a educação superior e a saúde, e que a partir das DCN, se teve início um processo de mudança nos currículos dos cursos de graduação da área odontológica, onde o Cirurgião-Dentista passou a ser sujeito de um processo de qualificação que visava a integração do mesmo dentro de uma equipe para desenvolver ações com vistas de efetivação do SUS. O estudo mostrou, como resultados das pesquisas feitas com 28 profissionais, que a ESB é composta em maioria por mulheres, e que todos os profissionais envolvidos possuíam um título de especialista, e por fim, que os profissionais de saúde bucal e também os demais profissionais atuantes na ESF, com relação às ações e linhas de cuidado, necessitavam de uma formação complementar para atuar na promoção de saúde integral a população.

Farias e Sampaio (2011) em seu artigo “O Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família” buscaram entender e sistematizar o papel do Cirurgião-Dentista dentro do processo em que trabalham a equipe de saúde da família, entendendo como funciona a interdisciplinaridade dentro da equipe, priorizando as dificuldades e facilidades. Os autores buscaram, dentro da literatura da época, elementos que permitiam a configuração do cirurgião-dentista dentro das equipes do Programa de Saúde da Família. Foram feitos levantamentos bibliográficos como artigos e documentos governamentais, acerca do período de 2007 a 2011, usando como referência o papel do Cirurgião-Dentista. Obtiveram como resultados das revisões que, a equipe de saúde bucal já foi inserida ao Programa de Saúde da Família como sendo uma equipe à parte e distante do restante das profissões ou especialidades e que desenvolveu uma prática autônoma, curativa e sem comunicação com os demais saberes e sujeitos da equipe, o que ocasiona as dificuldades na integração. Concluíram ser necessária uma mudança no serviço e nos espaços coletivos para que se tenha uma reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde que permita aos gestores a melhora da interdisciplinaridade.

Ministério da Saúde (2011) por meio da Portaria Nº 2488, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria.

Definiu que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associou a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. Definiu que a Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Discutiu sobre a qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais.

Uchôa, et. al, 2012: discutiram sobre o apreender das percepções e das vivências dos profissionais quanto ao trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município de médio porte no Sul do Brasil. Realizaram uma pesquisa qualitativa, realizada entre abril e julho de 2012 com 13 profissionais (enfermeiros, médicos, dentistas, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e auxiliar de saúde bucal) atuantes em equipes da ESF. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, posteriormente transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo. Os resultados da análise emergiram três categorias temáticas: O trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais da ESF; Estratégias para a manutenção do trabalho em equipe no cotidiano; e Percalços da inserção da Saúde Bucal na ESF. As conclusões e implicações para a prática mostraram que os participantes demonstraram perceber a importância do trabalho em equipe e do relacionamento interpessoal, e reconhecem os desafios inerentes deste processo. Revelaram fragilidades nas relações entre os profissionais da área de Odontologia e os demais membros da ESF, marcado por sentimento de exclusão e desinteresse em participar.

Giudice, (2013) apresentou algumas ferramentas de avaliação em saúde, visando a contribuir para a obtenção de dados qualitativos e estimular a cultura avaliativa nos serviços. Analisou o processo de trabalho de uma equipe de referência da Equipe de Saúde da Família (ESF), utilizando entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Para análise, fundamentou no programa de 'Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família' e nos

critérios de avaliação de 'Quarta Geração'. As ações consideradas apresentaram avanços significativos, sendo as propostas assimiladas de forma singular pelos profissionais, e perceberam-se poucos indícios de empoderamento pelos usuários. Com relação à atenção à saúde, o programa em questão foi um dos pilares de sustentação para a inserção de novas práticas desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde. O acolhimento, a criação de vínculo, a assistência em moldes de Clínica Ampliada e a potencialidade dos grupos foram ferramentas incorporadas de forma singular pelos diversos profissionais das equipes. A limitação de infraestrutura e recursos, e a ausência de valorização adequada dos funcionários foram fatores que dificultaram a manutenção do projeto.

Silva, et. al. (2013) definiram que a variedade de estudos existentes abordando a Estratégia Saúde da Família e seu papel na reorientação do modelo de atenção no país motivou a sistematização dos avanços e limites descritos nesses estudos. Assim a partir de uma revisão da produção científica sobre o tema, analisaram como a ESF tem sido capaz de modificar o modelo de atenção. Foram avaliados 40 e um artigos da base de dados Scielo publicados entre 2002 e 2010 que preencheram os critérios de inclusão. Estes foram analisados na íntegra nas dimensões político-institucional, organizacional ou técnico-assistencial. Os resultados mostraram que apesar da melhoria do processo de trabalho na atenção primária, seu caráter substitutivo não foi evidenciado na maioria dos estudos. Foi predominante a expansão da universalização do acesso aos serviços de saúde, a extensão de cobertura e focalização. As mudanças foram verificadas quando analisadas sob o foco da demanda, como maior acolhimento e vínculo. Os limites mais evidentes se situam no pouco foco nas necessidades de saúde, como na territorialização, participação comunitária e enfrentamento dos determinantes sociais de forma intersetorial. Verificaram diferentes graus de implantação da estratégia, mas que ainda não resultou na reorganização do sistema no nível local.

Padula e Aguilar-da-Silva (2014) mostraram que a inserção de profissionais de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família foi regulamentada em dezembro de 2000 pelo Ministério da Saúde. Estes profissionais são inseridos em um novo contexto que confronta sua formação tradicional de saber fragmentado e apresenta o desafio do trabalho interprofissional. Analisaram o perfil e a prática interprofissional dos Cirurgiões-Dentistas que atuam na ESF no município de Marília-SP. Verificaram



que os Cirurgiões-Dentistas estão na faixa etária de 31 a 40 anos (70,6%), são majoritariamente do gênero feminino (82,4%) e 79,41% apresentam especialização em Saúde Coletiva e da Família. Observaram que as comparações das diferenças entre as médias dos escores atribuídos nas respostas entre os profissionais com e sem pós-graduação nesta área foi estatisticamente significativa na assertiva referente ao contingente de recursos humanos e o trabalho interprofissional e concluíram que a pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família proporciona aos cirurgiões-dentistas a reflexão sobre a integração no trabalho em equipe, o entendimento sobre o processo de trabalho interprofissional, a valorização das competências profissionais comuns e colaborativas e, desta forma minimiza os efeitos de uma equipe de saúde incompleta e que os profissionais sem esta pós-graduação ficam restritos a sua formação tradicional e reducionista.

Aquilante e Acirole (2015) mostraram que em 2004 foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente e que suas diretrizes visaram a qualificação da Atenção Primária em Saúde, a integralidade das ações, o trabalho com base na vigilância em saúde, o planejamento das ações de acordo com a epidemiologia e as informações do território, o financiamento e a elaboração de agenda de pesquisa para que se atue com base em evidências científicas. Assim investigaram as perspectivas de gestores e profissionais de saúde bucal dos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara-SP (DRS III) acerca do cuidado em saúde bucal após o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente. Para a coleta de informações foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais de saúde bucal e observação dos serviços. Para a análise do material utilizaram-se do método de interpretação dos sentidos. Concluíram que cerca de 10 anos após o lançamento da PNSB, embora o cuidado e as ações de saúde bucal tenham sido ampliados e venham sendo qualificados, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, os municípios ainda encontram dificuldades para implementar seus pressupostos.

Reis, et al. (2015) em seu artigo intitulado “O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real” feito a partir de um estudo de caso no qual a unidade analisada foi o trabalho de seis Cirurgiões-Dentistas vinculados a três UBS de três regionais de saúde, incluindo tais Cirurgiões a serem CDs integrantes de equipes completas e afinadas com as prescrições da ESF, e a

serem CDs com reconhecidas identidades e atuação conforme princípios e diretrizes do ESF. O artigo apresentou como resultados a limitação na disponibilidade de insumos e instrumentos, na infraestrutura das instalações e na organização do trabalho, e também uma predominância de atividades curativas e preventivas de caráter individual, em detrimento de ações de promoção de saúde coletiva. Os autores então finalizaram dizendo que o Cirurgião-Dentista ainda é colocado como um profissional solitário dentro da UBS, e que isso restringe a efetividade das ações de promoção da saúde. E por fim, concluíram que a pesquisa feita, mostra que o contexto e o modo no qual o Cirurgião-Dentista do Distrito Federal trabalha, acaba por dificultar os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) que são eles a coordenação do cuidado, a longevidade e integralidade, também como a orientação familiar coletiva e individual.

Scherer e Scherer (2015) analisaram as mudanças no trabalho em saúde bucal na atenção primária à saúde após o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal selecionando e analisando 32 estudos, com predomínio de dados qualitativos, da região Nordeste, com trabalhadores, sobretudo Dentistas, e com foco na integralidade e qualificação da assistência. Os resultados mostraram que os avanços observados concentraram-se nas ações educativas e de educação permanente; no acolhimento, vínculo e responsabilização. Os principais desafios estiveram relacionados à: integralidade; ampliação e qualificação da assistência; trabalho integrado em equipe; condições de trabalho; planejamento, monitoramento e avaliação das ações; estímulo à participação popular e ao controle social; e ações intersetoriais. Concluíram que apesar do novo cenário normativo, as mudanças são incipientes no trabalho em saúde bucal. Os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante e serão necessários esforços continuados no campo da gestão do trabalho, da formação e da educação permanente. Dentre as possibilidades, está a ampliação do engajamento dos gestores e dos profissionais num processo de compreensão da dinâmica do trabalho e da formação na perspectiva de construir mudanças significativas para as realidades locais.

Ministério da Saúde (2015) em sua cartilha “Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir” mostrou que para mudar o quadro epidemiológico apontado em 2003 pela Pesquisa Saúde Bucal Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-

se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento Odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e a saída encontrada foi a ampliação das equipes de Saúde Bucal (eSBs) no sistema com a introdução da ESF, a criação dos centros de especialidades odontológicas, os laboratórios Regionais de Prótese Dentária, a aquisição de unidades Móveis odontológicas e a manutenção do processo de fluoretação das águas de abastecimento, concorrendo assim para uma maior qualidade da saúde bucal da população.

BRASIL (2016) no passo a passo da política Nacional de saúde bucal mostrou que durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde e que o acesso dos brasileiros à Saúde Bucal era extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas se acostumassem a só procurar atendimento odontológico em casos de dor. Essa demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços Odontológicos oferecidos fazia com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora e do Cirurgião-Dentista com atuação apenas clínica. Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal – ESB – na Estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – e Laboratórios

Regionais de Próteses Dentárias – LRPD) e a viabilização da adição de Flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Também, o Brasil Sorridente articula outras ações intraministeriais e interministeriais.

Chaves et al. (2018) analisou a implementação da Política de Saúde Bucal no Brasil entre 2015 e 2017 em quatro componentes: ações institucionais, implantação, financiamento e resultados. Foram realizados acompanhamento dos sites do Ministério da Saúde (MS) e coleta de dados secundários sobre ações institucionais do MS, implantação dos serviços de Atenção Básica e Atenção Especializada, resultados alcançados (cobertura da primeira consulta odontológica, média de ação coletiva de escovação supervisionada e tratamentos especializados) e financiamento. Entre 2015 e 2017, houve aumento de 5,8% no número de Equipes de Saúde Bucal e de 6,4% no número de Centros de Especialidades Odontológicas. A cobertura de primeira consulta odontológica programática decresceu no período de 14,6% em 2015, para 10,5% em 2016 e 8,3% em 2017. Houve redução discreta do financiamento federal no ano de 2017, quando comparado a 2016. Verificou-se, em 2016, um cenário político restritivo para a saúde bucal na menor implantação de novos serviços, com mudanças sucessivas na coordenação nacional da política. É necessário aprofundar o estudo sobre o financiamento da política, visto que o aporte financeiro de 2016-2017 não está coerente com o pouco avanço na implantação e tendência de manutenção de resultados, com queda de indicadores específicos, como o de primeira consulta odontológica programática.

Ministério da Saúde (2018) discutiram no Encontro Estadual para fortalecimento da atenção básica em Maringá – PR que a atenção básica é, ao mesmo tempo, um nível de atenção e uma proposta estruturante para organização do sistema de saúde que, comprovadamente, quando o sistema está centrado na AB, apresenta os melhores resultados em saúde para a população. A AB deve garantir o acesso universal e em tempo oportuno ao usuário, deve ofertar o mais amplo possível escopo de ações visando a atenção integral e ser responsável por coordenar o cuidado dos usuários no caminhar pelos diversos serviços da rede. Atualmente composta por 42.119 ESF e 25.905 ESB.

Carrier (2019) em seu trabalho “SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir” analisou o Sistema Único de Saúde e à Política Nacional de Saúde Bucal, mostrando a determinação social da saúde bucal, a Política Nacional

de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo, as experiências multiprofissionais, a inovação no cuidado e clínica ampliada, os princípios do planejamento em saúde e a relação ensino-serviço como uma janela de oportunidades de formação no sistema único de saúde. Mostrou que o Sistema Único de Saúde (SUS) resiste e que a saúde bucal está viva nos serviços em todo o Brasil, graças à força dos guerreiros trabalhadores desse Sistema e ao projeto constitucional que garante saúde integral a todas as brasileiras e brasileiros, desde 1988, situação que reforça a necessidade de valorização dos municípios no sistema e que o futuro nos reserva muitos desafios, entre eles, a austeridade fiscal e o aumento dos custos com saúde em sistemas universais, frente a realidade epidemiológica e demográfica dos países. Afirma que a certeza é que para superá-lo esse movimento terá que ser acompanhado de muito investimento em planejamento e gestão, a fim de otimizar recursos e garantir que “façamos mais com menos”. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as experiências multiprofissionais devem ser componentes chave para garantir o acesso à saúde, com qualidade, aos usuários. Mostrou também que um outro caminho promissor é a relação ensino-profissional, as experiências relatadas revelaram que existe muita potência entre a academia e o serviço, temos muito para avançar nesta relação, mas quando há respeito entre as partes todos podem ganhar.

#### 4. DISCUSSÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, com o objetivo de promover a equidade no atendimento à saúde e combater desigualdades no acesso aos serviços. Em virtude do seu potencial para a reestruturação da Atenção Básica e a construção de novos processos de trabalho, em 1997, passou a ser identificada como Estratégia Saúde da Família (ESF) (Ministério da Saúde, 2002; BRASIL, 2008; Silva, et. al, 2013).

O modelo proposto para a ESF é constituído por equipes multiprofissionais, compostas por enfermeiro e médico, generalistas ou especialistas em saúde da família, técnico de enfermagem, ACS e profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista generalista, técnico e/ou auxiliar em saúde bucal). Esses profissionais têm como alicerce fundamental de sua atuação, os princípios da integralidade e multidisciplinaridade, um dos principais percalços para a atenção primária, já que a não incorporação de ações em conjunto resulta em uma assistência em saúde fragmentada, centrada na doença e não no indivíduo (Noro, et. al, 2002; Aerts, et. al. 2003; Farias e Sampaio, 2011). Além disso, a própria formação dos profissionais pode constituir barreira para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, uma vez que a graduação nem sempre consegue preparar os graduandos para o desenvolvimento de habilidades de interação com outros profissionais (Noro, et. al. 2002; Aerts, et. al. 2003; Cericato, et. al. 2007; Almeida, et. al. 2010; Carvalho, et. al. 2010; Carvalho, et. al. 2011; Padula e Aguilar da Silva, 2011; Scherer e Scherer, 2015; Ministério da Saúde, 2011).

Para que haja consolidação das práticas embasadas no trabalho em equipe, e que estas possam desfrutar da cooperação mútua em harmonia, entendemos e concordamos ser necessária interação, comunicação e capacidade para colocar-se no lugar do outro, compreendendo os diferentes saberes em cada um de seus membros. Entretanto, no contexto da saúde alguns obstáculos podem estar interferindo de maneira negativa na realização desse trabalho em equipe, tais como: o profissional cirurgião dentista não estar presente desde o início do projeto, prejudicando assim a integração e a reorganização da prática odontológica, profissionais não cooperativos, estruturas organizacionais rigidamente hierarquizadas, desigualdade social entre os membros da equipe e a alta rotatividade dos profissionais nos serviços assim como o quantitativo de

profissionais insuficiente e mão de obra não qualificada (Noro, et. al. 2002; Pinto, 2006; Cericato, et, al, 2007; Pinheiro, et. al. 2008; Faria e Sampaio, 2011; Uchôa, et. al. 2011; Giudice, 2013; Padula e Aguilar da Silva, 2014; Reis, et. al. 2015; Scherer e Scherer, 2015).

A inclusão da saúde bucal na ESF começou a partir de 2001, com o propósito de oferecer atendimento odontológico a todas as regiões do país por meio da integralidade das ações. Seu principal objetivo era dar continuidade ao eixo centrado na família, com vistas a concretizar um modelo de atendimento que pudesse minimizar os índices epidemiológicos de saúde bucal no país, além de ampliar o acesso para toda a população e promover a universalização (Ministério da Saúde, 2002; BRASIL, 2010), que não foi perfeitamente observado de maneira integral por Silva, et. al. 2013.

Pensando nos avanços decorrentes da inserção da saúde bucal nas equipes da ESF, ainda existem dificuldades em inserir os profissionais nas diversas atividades que são realizadas, rotineiramente, nesse âmbito da assistência. Isto ocorre tanto por parte dos profissionais integrantes da saúde bucal como pelos demais membros da ESF, influenciando na incorporação de seus preceitos básicos, como o trabalho em equipe e valorização da família/domicílio como locus da assistência. Essa problemática pode estar associada à cultura histórica e socialmente construída nos consultórios particulares, com o desenvolvimento de atividades mecanizadas, e à dificuldade/disposição desses profissionais para trabalhar em equipe e para incorporar práticas vinculadas à atenção primária, como a realização de visitas domiciliares (Noro, et. al. 2002; Carvalho, et. al. 2010; Giudice, et. al. 2013).

Observamos também que inclusão do profissional cirurgião dentista na ESF confronta sua formação tradicional de saber fragmentado, comum também entre os demais profissionais da saúde e representa um desafio para o trabalho multiprofissional. Quando esses profissionais possuem formação continuada no contexto da saúde coletiva e da família conseguem estabelecer paralelos com maior facilidade no que tange a integração no trabalho em equipe, o entendimento a partir do trabalho interprofissional e a valorização das competências profissionais comuns e colaborativas. Contudo, envolvê-los em práticas assistenciais desenvolvidas pela ESF requer atuação conjunta de todos os envolvidos, sejam dos gestores ou dos

próprios membros das equipes (Noro, et. al. 2002; Aerts, et. al. 2003; BRASIL, 2008; Pinheiro, et. al. 2008; Gonçalves e Ramos, 2010; Faria e Sampaio, 2011; Padula e Aguilar, 2014).

Buscando uma atualização em relação ao número de equipes da Estratégia da Saúde da Família e o número de equipes de Saúde Bucal inseridas na ESF. em dez/2017, foram respectivamente, 42119 e 25905, com vistas a permitir a integralidade das ações e serviços oferecidos aos usuários e mostrar um aumento significativo no mercado de trabalho para os profissionais ligados a saúde bucal (Chaves et al 2018, Ministério da Saúde, 2018).

Ministério da Saúde, 2002, 2015; BRASIL, 2016, Chaves, et. al. 2018, abordaram e concluíram também que na intenção de se ter uma melhora na qualidade de vida da população, as equipes de saúde bucal foram inserido juntamente ao SUS, e associado a isso tivemos a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas, a aquisição de Unidade Odontológicas móveis, a instalação dos Laboratórios Regionais de Próteses e um maior controle em relação a fluoretação de água de abastecimento público, possibilitando a diminuição das desigualdades social, a integralidade das ações garantindo a todos os usuários o atendimento completo (Ministério da Saúde, 2018).

Como foi visto até agora, muitos foram os motivos apontados como principais estimuladores da incorporação das equipes de saúde bucal na ESF, e podemos citar ainda os incentivos financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde, os levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional e a crença dos gestores de que esse novo modelo pode melhorar a saúde bucal da população com ações em saúde bucal baseadas na promoção, prevenção e recuperação da saúde (Ministério da Saúde, 2002; BRASIL, 2010).

Percebendo o papel que a saúde bucal exerce na saúde geral do indivíduo e a importância do seu desenvolvimento no sistema público de saúde, a inclusão da Odontologia na ESF possibilita romper com os históricos modelos de atenção à saúde bucal, considerados ineficientes e excludentes, baseados no curativismo e no biologicismo, visto que vai articular as propostas da vigilância à saúde, baseando-se na integralidade das ações e serviços, procurando organizar a atenção através da busca ativa de famílias e promovendo mudanças no processo de trabalho (Ministério da Saúde, 2018).



Diante de tantas possibilidades e de promessas para a mudança do modelo de atenção à saúde bucal a partir de sua inclusão na ESF, é importante verificar se realmente está havendo alguma mudança no modelo das práticas no nível local. Frente a esse contexto e a essas questões, novos levantamentos devem ser realizados para verificar se as políticas públicas estão conseguindo atingir a população com a ampliação do acesso e com isso os novos levantamentos epidemiológicos de amplitude nacional possam mostrar uma redução ainda maior quando comparado com o último Levantamento Nacional de Saúde Bucal 2010.

## 5. CONCLUSÕES

Com base na literatura pesquisada, concluimos que:

- 1- a inclusão da saúde bucal na estratégia de saúde da família expressa os princípios e diretrizes do SUS.
- 2- possibilitou a redução das desigualdades sociais, porém ainda necessita ser trabalhado para permitir uma maior integralidade das ações e interdisciplinaridade do processo.
- 3- é necessária uma readequação dos cursos de Odontologia do país para formação de profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda aos princípios e diretrizes do SUS e uma contínua capacitação dos profissionais já graduados que atuam no sistema.
- 4- novas pesquisas e levantamentos epidemiológicos devem ser feitos para verificar se de fato ocorrem mudanças das práticas locais de atenção.

## 6. REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família – Equipe de saúde Bucal. Jul. 2017.

Noro LRA, Junior IR, Bezerra MM. A inserção do dentista na equipe de saúde da família. S A N A R E, n.1, jan./fev./mar. 2002.

Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Equipes de Saúde Bucal: projetos, programas e relatórios. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2002.

Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.1, p.131-138, 2004.

Pinto AA. O processo de implantação das equipes de saúde bucal na atenção primária: o caso do programa saúde da família em Maranguape, Ceará. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. Rev Fac Odont - UPF, v. 12, n. 3. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

Pinheiro FMC, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MEL., Almeida MI. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. Rev Odont UNESP. v.37, n.1, p. 69-77. 2008.

Almeida AB, Alves MS, Leite ICG. Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único de saúde. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 126-132, jan./mar. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Carvalho EMOF, Carnevalli B, Carvalho LF. Práticas odontológicas no programa saúde da família: análise crítica. Revista da ABENO. v.10, n.1, p.52-55. 2010.

Gonçalves ER, Ramos FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência Interface (Botucatu). v.14, n.33, Botucatu, Apr./June. 2010.

Carvalho SF, Vieira LAC., Queiroz MG. A formação da equipe de saúde da família para o cuidado em saúde na primeira infância: perfil da equipe de saúde bucal. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG), Goiânia-GO. 2011.

Farias MR, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. RGO. Porto Alegre, v.59, n.1, p.109-115, jan./mar. 2011.

Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

Uchôa AC, Vieira RMV, Rocha PM, Rocha NSD, Maroto RM. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2012.

Giudice ACMP, Pezzato LM, Botazzo C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. Saúde Debate [Internet]. Jan/Mar. 2013.

Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2013.

Padula MGC, Aguilar-da-Silva RH. Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: the challenge of interprofessional work. Rev Odontol UNESP [Internet]. 2014.

Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. Ciência & Saúde Coletiva. v. 20, n. 1, p.239-248, 2015.

Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, JAN-MAR. 2015.

Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública*. v.49, n.98. 2015.

Ministério da Saúde. Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir. Brasília. 2015.

BRASIL. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília. DF. 2016.

Chaves SCL, Almeida AMFL., Reis CS, Rossi TRA., Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate [online]*., v.42, n.2, p.76-91. 2018.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Encontro Estadual para fortalecimento da atenção básica. Maringá PR. Mar. 2018.

Carrer FCA. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir. São Paulo: Faculdade de Odontologia USP. 167p. 2019.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Ana Carolina Bonani Urban Candelária

Maria Fernanda Laube Domingos Lima

Taubaté, novembro de 2019.