A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

TIAGO REZENDE

LEANDRO HELENO GUIMARÃES LACERDA

RESUMO

A atenção básica em saúde bucal tem seu significado em realizar ações com destinação em identificar, prevenir e resolver os principais problemas populacionais, partindo de tecnologias apropriadas e recursos humanos ao alcance de todas as pessoas. Neste contexto, é de interesse obter informações acerca da história da odontologia no serviço público do país, desde os modelos de assistência anteriores até os modelos atuais. Com isso, o presente trabalho tem como objetivo identificar a importância da inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família, apontando suas principais contribuições para a população brasileira. Conclui-se que, existe uma necessidade da motivação dos profissionais para que acabem refletindo e redirecionamento suas práticas, possuindo como medida inicial investir e estimular à educação permanente e uma monitoração e avaliação das ações que possuem desenvolvimento por eles. A inserção da odontologia parece ter sido de direito, mas não de fato. Entretanto, mesmo com as deficiências e contradições que fazem implicações no enfrentamento de situações com complexidade, na exigência de intervenções intersetoriais, multiprofissionais e interdisciplinares, existe a possibilidade de efetivar o modelo do Programa Saúde da Família para ações de saúde bucal, pois se trata de uma estratégia fundamental e pertinente.

Palavras-chave: Atenção básica. Programa Saúde da Família. Odontologia.

ABSCTRAT

Primary care in oral health has its meaning in carrying out actions aimed at identifying, preventing and solving the main population problems, starting from appropriate technologies and human resources available to all people. In this context, it is of interest to obtain information about the history of dentistry in the public service of the country, from previous care models to current models. Thus, this paper aims to identify the importance of including dentistry in the Family Health Program, pointing out its main contributions to the Brazilian population. It is concluded that there is a need for the motivation of professionals to end up reflecting and redirecting their practices, having as an initial measure investing and encouraging permanent education and monitoring and evaluation of the

actions that have development for them. The insertion of dentistry seems to have been right, but not in fact. However, even with the deficiencies and contradictions that have implications for coping with complex situations, requiring intersectoral, multiprofessional and interdisciplinary interventions, there is the possibility of implementing the Family Health Program model for oral health actions, as it is about a fundamental and relevant strategy.

Keywords: Primary Care. Family Health Program. Dentistry.

1. INTRODUÇÃO

As alterações que tiveram ocorrência na Odontologia no país nas 3 últimas décadas do século XX acabaram sendo enormes, especialmente em relação a eficácia, qualidade e capacidade de oferta das técnicas mais sofisticadas e práticas para a resolução de problemas bucais das pessoas. No entanto, mesmo com todo este avanço e da Odontologia ser uma atividade bastante antiga no país, tendo início ao final do século XIX, o Brasil chegou ao vigésimo primeiro milênio com uma política de saúde bucal com deficiência e com a maior parte da população sem acesso aos cuidados clínicos e de prevenção fundamentais. Até o ano de 1988, 12,6% da população urbana e 33% da população rural jamais tinham recebido tratamento odontológico.

Diversas melhores foram introduzidas na saúde bucal da população partindo de fluoretação das águas de abastecimento, entretanto, somente isto é pouco, sendo que, em um país com um território tão vasto e populoso, ainda é deparado com uma situação bucal caótica, com somente 6% dos brasileiros frequentando de forma periódica o dentista, 30% apenas em casos de muita dor, 64% não indo e metade da população acima dos 60 anos estando de forma total edêntula.

A saúde do país também acabou passando por diversas alterações. A principal foi criar o Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1988, no intuito de correção da prática "hospital-dependente" que fazia desagrados para a população e possibilitar um acesso com maior democracia para as ações e os serviços de saúde. Este sistema tem seu norte partindo dos princípios da

integralidade, da igualdade, da universalidade e da equidade, trazendo para a odontologia o desafio de reformular suas práticas para que estes princípios tenham asseguração.

No ano de 1994, como estratégia para reestruturar o SUS, teve criação o Programa Saúde da Família (PSF), entretanto, a Odontologia não teve sua inclusão de forma imediata nessa, sendo que, a inclusão teve ocorrência apenas 6 anos após, com motivações pela situação caótica da saúde bucal das pessoas. Esta inclusão tinha vistas aumentar a cobertura do atendimento odontológico no país, partindo de implantação de ações e serviços de saúde bucal na atenção básica.

A atenção básica em saúde bucal tem seu significado em realizar ações com destinação em identificar, prevenir e resolver os principais problemas populacionais, partindo de tecnologias apropriadas e recursos humanos ao alcance de todas as pessoas.

Neste contexto, é de interesse obter informações acerca da história da odontologia no serviço público do país, desde os modelos de assistência anteriores até os modelos atuais.

Com isso, o presente trabalho tem como objetivo identificar a importância da inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família, apontando suas principais contribuições para a população brasileira.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com coleta de dados, realizado partindo de fontes secundárias através de um levantamento da bibliografia.

A pesquisa bibliográfica é considerada uma das melhores maneiras de iniciar um estudo, buscando semelhanças e diferenças perante os artigos (RUIZ, 1992).

Para levantar os artigos na literatura, foi realizada uma busca nas bases de dados BVS, MEDLINE, Bireme e Scielo, além de fonte de dados como Google acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde.

A busca contou estudos publicados nas línguas Português, Espanhol e Inglês e as palavras-chave utilizadas foram: odontologia; programa saúde da família; inclusão; dentre outros.

Como critério de inclusão, os artigos selecionados datavam a partir do ano de 2009 e abordam o tema odontologia no programa saúde da família. Artigos publicados fora da data proposta ou que não abordassem o tema, foram excluídos já na leitura do resumo.

3. RESULTADOS

Autores	**Título**	**Periódicos**	**Considerações**
Pinto e Giovanella (2016)	Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	Ciênc. saúde colet. 23 (6) Jun 2018	Apesar de não ser possível isolar os efeitos da atenção primária, é bastante plausível que o resultado da redução das ICSAB esteja vinculada ao avanço da cobertura da ESF no Brasil, em especial na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, no aprimoramento do diagnóstico e na facilidade do acesso aos medicamentos.
Macinko e Harris (2015)	Estratégia de Saúde da Família no Brasil - Prestação de Atenção Básica Comunitária em um Sistema Universal de Saúde	N Engl J Med 2015; 372(23):2177-2181.	O sistema nacional de saúde do Brasil desenvolveu e rapidamente ampliou uma abordagem à atenção primária que conta com agentes comunitários de saúde leigos e equipes de atendimento interdisciplinares para fornecer acesso

			universal a cuidados proativos de primeiro contato e intervenções de saúde pública
Malta et al. (2013)	A cobertura da estratégia de saúde da família (ESF) no Brasil, segundo a pesquisa nacional de saúde de 2013.	Cien Saude Colet 2016; 21(2):327-338	O crescimento ocorreu no Brasil, Grandes Regiões, urbano e rural. Os dados da PNS em 2013 foram semelhantes aos administrativos do DAB em 2013, cerca de 56% de domicílios cadastrados. Populações com menor escolaridade receberam mais visitas domiciliares mensalmente. A ESF é um importante promotor de equidade em saúde e o aumento de sua cobertura e abrangência é exitoso no país.
Brito et al. (2018)	O objeto de trabalho na estratégia saúde da família	Comunicação, Saúde e Educação, 2018; 22(64):77-86	Foi identificada a construção conceitual do objeto de trabalho dos entrevistados. Tratou-se do reconhecimento da produção do cuidado centrada no indivíduo a partir de suas necessidades singulares, associado a sua família e comunidade. Esse resultado apontou o elevado grau de complexidade que orienta o trabalho no âmbito da Saúde da Família, onde o objeto de trabalho extrapola a dimensão individual e biologicista, assumindo a determinação social e a sua relação familiar e comunitária
Santos et al. (2018)	Práticas de cuidado da equipe da estratégia saúde da família	Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(1):36-43, jan., 2018	As práticas de cuidado da equipe se organizaram por consultas, visitas domiciliares e atividades educativas, havendo a necessidade de sua

			ressignificação, fato que contribui para o avanço do conhecimento tanto para os profissionais da saúde como para a sua formação.
Mattos et al. (2014)	A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: entraves, avanços e desafios.	Ciênc. Saúde coletiva 19 (02) Fev. 2014.	Os municípios da microrregião ainda enfrentam percalços para que o funcionamento do serviço de saúde bucal, após a Saúde da Família, apresente avanços reais nas práticas de atenção. Porém, os avanços existem e estes devem ser reforçados, para consolidação do sistema de saúde e melhoria na qualidade de vida da população.
Schrer et al. (2018)	Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente	Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 49, n. 98, 2018.	Mesmo com os novos contextos normativos, as alterações tornam-se incipientes nas atividades relacionadas com a saúde bucal. Os profissionais possuem a tendência da reprodução do modelo biomédico dominante. Haverá a necessidade de vários esforços continuados na área da gestão trabalhista, da formação da educação permanente. Entre as possibilidades, é possível ampliar os engajamentos dos gestores e profissionais em um procedimento de compreensão do dinamismo trabalhista e da formação no contexto da construção de alterações significativas para as realidades locais.

Silva et al. (2011)	A abordagem à família na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa da literatura.	Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(5):1250-5	Tiveram identificação aspectos que contribuem para a manutenção da abordagem fragmentada na ESF, assim como aspectos que podem contribuir para a superação em direção a um modelo de abordagem com foco na família.
Leme et al. (2019)	A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo.	Physis, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290111, 2019 .	Os resultados evidenciaram configurações de poder provenientes de um modelo odontológico conservador, desfavoráveis ao propósito da Promoção da Saúde, mas apontaram também potencialidades trazidas pelo modelo de Saúde da Família, reveladas por meio da criatividade e reflexividade sobre ações educativas e desafios que puderam estimular o profissional.
Baldani et al. (2015)	A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil.	Cad Saúde Pública. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 1026-35, 2015.	Verificou-se que o número de contratos temporários de dentistas não é pequeno (37,7%) e os relatos indicam que há necessidade de formação de profissionais generalistas com perfil adequado para o PSF.
Sanglard-Oliveira et al. (2013)	Atribuições dos técnicos em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil.	Cienc Saude Coletiva. 2013;18(8):2453-60.	Os Técnicos em Saúde Bucal têm desprendido seu tempo mais em atividades preventivas/coletivas do que em atividades assistenciais.
Lucena et al. (2011)	A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde.	Tempus Actas Saude Coletiva. 2011;5(3):53-63.	A evolução apresentada após a implantação do Brasil Sorridente, ocorrida no ano de 2004, comprova a maior inserção da atenção em

			saúde bucal no Sistema Único de Saúde, bem como a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde bucal em todo o Brasil
Pereira et al. (2012)	A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista.	Cienc Saude Coletiva. 2012;8(2):599-609.	A prática odontológica nas UBS-FS precisa ser (re)construída, para atingir os objetivos preconizados pelo SUS. E, principalmente, o profissional CD se inserir como sujeito do processo, apontando para práticas alternativas voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal.
Martellini et al. (2010)	Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil.	Cienc Saude Coletiva. 2010;15 Supl 2:3243-8.	Os resultados mostraram que 70,4% dos CD são do sexo feminino, com predominância da faixa etária de 31 a 49 anos de idade, sendo que 65,2% desses são admitidos sob a forma de contrato. Em relação à formação, 67,8% possuem formação com foco na Estratégia de Saúde da Família; 92,3% destes a consideraram pertinente; e 89,6% dos CD relataram realizar atividades educativas.
Rodrigues et al. (2009)	Saúde bucal no programa de saúde da família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista.	Rev Baiana Saude Publica. 2009;33(4):582-94.	A grande maioria dos participantes tem uma visão coletiva, voltada para a prevenção, o que representa um avanço na prática em Saúde Bucal, e aponta para um novo modelo de atenção em Odontologia.
Pimentel et al. (2010)	Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito	Cienc Saude Coletiva. 2010;15(4):2189-96.	Apesar das dificuldades para o cumprimento das práticas estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Bucal, percebe-

	Sanitário VI, Recife (PE).		se uma mudança do modelo de atenção em saúde bucal, sendo necessários ajustes e correções nas atividades das equipes, além de uma maior participação dos demais níveis de gestão para o exercício pleno da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.
Reis et al. (2015)	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, 2015.	A influência histórica do modelo de atenção individual, o contexto adverso do trabalho, as concepções de ESF dos profissionais e a autonomia que lhes é conferida restringem sua atuação.

4. DISCUSSÃO

4.1 O Programa Saúde da Família

Um dos aspectos particulares do processo reformista, qual seja a formulação de propostas de práticas sanitárias ou modelos de assistência, remetendo além dos debates ideológicos para importantes aspectos conceituais (PINTO E GIOVANELLA, 2018).

Com isso, Macinko e Harris (2015) apontam que a análise de um sistema de saúde precisa ter seu início por desvelar a lógica de sua estrutura e funcionamento, assim como as articulações institucionais que apresenta, precisando levar em conta seus atributos em termos relacionados com a população abrangida, modelo assistência implementador e maneiras de financiamentos adotadas,

Para este processo, existiu um passo de grande importância, que a foi a realização de uma reunião no Ministério para discussão de uma proposta nacional para a atenção básica (PINTO E GIOVANELLA, 2018).

De acordo com Malta et al. (2016), o PACS é considerado um antecessor do PSF, principalmente quando é considerado que a formulação do PSF teve impulsão pela experiência acumulada com os agentes comunitários, levando à avaliação de um esgotamento, e da necessidade de propor uma ampliação na capacidade resolutiva dos agentes.

De acordo com Pinto e Giovanella (2018), a ideia de realizar transformações nas propostas de organização da atenção básica em mais um programa, torna-se uma distorção, que acaba permanecendo quando é mantida a coordenação do PSF, tendo separação do PACS.

A estratégia do PSF acaba priorizando as áreas preventivas, de promoção e recuperação da saúde das pessoas de maneira integral e contínua. O atendimento tem prestação na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio pelos profissionais que fazem composição das equipes de Saúde da Família. Com isso, estes profissionais e a população em acompanhamento fazem a criação de vínculos de corresponsabilidade, facilitando a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade (BRITO et al. 2018).

Para Santos et al. (2018), existe a possibilidade de haver apenas um único modelo de atenção para todo o Brasil, pois a diversidade no Brasil é bastante grande, e mesmo com a definição de uma proposta clara, é necessário existir parâmetros adequados a essa diversidade.

Como o objetivo geral, o programa Saúde da Família, é melhorar o estado de saúde da população partindo de um modelo assistencial voltado à família e à comunidade, que seja incluído a proteção e a promoção da saúde para identificação precoce e o tratamento de doenças, além de realizar contribuições para o redirecionamento do modelo de assistência partindo da assistência básica (BRITO et al. 2018).

De acordo com Santos et al. (2018, p.64-65) seus objetivos são:

1) Divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
2) Promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;
3) Prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, oportuna e contínua à população, no domicílio, em ambulatórios e hospitais;
4) Agendar o atendimento à população com base nas normas dos programas de saúde existentes, sem descartar a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares.
5) Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
6) Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
7) Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
8) Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
9) Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúdedoença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
10) Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
11) Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social;

As diretrizes operacionais que precisam ser seguidas para a implementação do programa Saúde da Família, requer um espaço físico que corresponda aos estabelecimentos que são classificados como Centros de Saúde. Sendo que estes, caracterizam-se como sendo uma porta de entrada do sistema local de saúde realização da atenção contínua nas especialidades básicas, partindo de uma equipe multiprofissional com aptidão para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação (PINTO E GIOVANELLA, 2018).

A unidade de Saúde da Família precisa realizar suas atividades com adscrição de clientela, definindo um território de abrangência, tendo sua atuação com uma ou várias equipes de acordo com o número famílias vinculadas. Com isso, o Ministério acaba recomendando que cada equipe tenha responsabilidade por 600 a 1000 família, com limite de no máximo 4500 habitantes (PINTO E GIOVANELLA, 2018).

Cada PSF é possuinte de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) atuando nas Unidades de Saúde da Família (USF), contando com os equipamentos e

instalações fundamentais para a garantia de um bom atendimento para a comunidade. As ESF em atividade na USF fazem a identificação dos problemas e das necessidades das famílias, planejando, priorizando e fazendo a organização do atendimento (MALTA et al. 2016).

Um dos pressupostos de maior importância do PSF é a promoção do trabalho em equipe, requerente do estabelecimento de respeito profissional bem grande perante todos os membros e a percepção de que a formação dos outros profissionais não é subalterna à formação média. O trabalho em equipe é exigente do estabelecimento de novas rotinas através dos profissionais (PINTO E GIOVANELLA, 2018).

Um dos pontos mais fortes relacionados ao PSF é a procura ativa aonde a equipe vai às casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, tomando providências para que sejam evitadas doenças, tem atuação na cura dos casos onde a doença já tem existência, dá orientações para a garantia de uma vida melhor com saúde (MALTA et al. 2016).

As ESF dispõem de meios e profissionais com capacidade da resolução da maior parte dos problemas de saúde na própria USF. Quando tem necessidade tem realização atendimento em domicílio, e só nos casos excepcionais possuem encaminhamento para unidades onde existam profissionais especializados e equipamentos mais sofisticados (PINTO E GIOVANELLA, 2018).

As equipes de saúde precisarão cadastrar as famílias através de visitas em seus lares, iniciando o vínculo da unidade/equipe com a comunidade, na identificação da situação de saúde local (PINTO E GIOVANELLA, 2018).

A composição mínima que cada equipe precisa ser de um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 5 a 6 agentes comunitários de saúde, necessitando residir no município onde atum, exercendo suas atividades em regime de dedicação integral (MALTA et al. 2016).

Na avaliação do Ministério, um aspecto que é considerado estratégico, foi o estabelecimento de parcerias com municípios que já estavam num processo

de organização de seus sistemas locais de saúde, procurando alternativas de modelos de assistência. O PSF não se viabilizaria por si só, não sendo um programa para munícipios onde não houvesse organização (BRITO et al. 2018).

4.2 A Odontologia no PSF

As ações do cirurgião-dentista no PSF possuem um dimensionamento clínico individualista e coletivo. As ações individualistas são correspondentes com as atividades assistenciais clínico-cirúrgicas, com centro na lesão ou na doença, no intuito da promoção da cura ou reabilitação. Já as coletivas procuram conscientizar a responsabilizar o cidadão relacionado ao seu estado de saúde e prevenir doenças, entretanto, existe uma necessidade de ações clínicas individualistas para atendimento das necessidades que já tiveram instalação e há uma deficiência na assistência odontológica no PSF, sendo que, a maior parte dos pacientes acaba carecendo de serviços especializados, que não podem ter realização nesse ambiente. Diversos cirurgiões-dentistas, com inserção no PSF dão continuidade na prática curativista, privando a população dos cuidados de promoção e prevenção (MATTOS et al. 2014).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS) acabou declarando que, as equipes de saúde bucal possuem atuação com maior proximidade da realidade, na identificação dos fatores de risco, famílias em situação de risco, na priorização das demandas assistenciais e de prevenção, e leva a ações de saúde bucal de forma direta às comunidades. Cada equipe de saúde bucal acaba atendendo cerca de quase 7 mil pessoas, levando em consideração a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família em funcionamento num município (SCHRER et al. 2018).

Os recursos possuem transferência em período mensal, de maneira regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS). Além do mais, as ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família precisam acabar expressando os princípios e as diretrizes do SUS, apresentando atribuições, como cita Silva et al. (2011):

- Ter participação do processo de planejar, acompanhar e avaliar as ações com desenvolvimento no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família;
- Realizar a identificação das necessidades e expectativas populacionais relacionadas a saúde bucal;
- Realizar estímulos e executar medidas para promover a saúde, atividades educativas e de prevenção em saúde bucal;
- Realizar a execução de ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- Realizar a organização do processo trabalhista segundo as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal;
- Realizar a sensibilização das famílias para a grande importância da saúde bucal na manutenção da saúde;
- Realizar a programação e realização de visitas à domicílio segundo as necessidades com identificação;
- Realizar o desenvolvimento de ações intersetores para promover a saúde bucal;

No ano de 2003, um pouco mais de 6 mil profissionais exerciam suas atividades nas equipes de saúde bucal. Este número acabou triplicando para mais de 16 mil profissionais no ano de 2008. A proporção cirurgião-dentista/habitante é uma das menores em todo o mundo (1 cirurgião-dentista para cada 838 habitantes), no entanto, diversos municípios do país ainda não possuem cirurgião-dentista residente ou PSF implantado (LUCENA et al. 2011).

Em relação à saúde bucal do ponto de vista do PSF, é observado que, esse precisaria ter organização de maneira e também estabelecer um novo relacionamento com a comunidade, com base na atenção, na confiança e no respeito. E com isso, os cirurgiões-dentistas acabaram passando a serem visualizados como profissionais que poderão desempenhar um papel de decisão

nos bons resultados do PSF, vindo a ser pare integrante da equipe partindo do ano de 2000 (PEREIRA et al. 2012).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde fez determinação como responsabilidade da atenção básica com ampliação no setor de saúde bucal, a prevenção e o tratamento dos problemas odontológicos. Essas exigências precisam ser cumpridas partindo do desenvolvimento das atividades, como: procedimentos coletivos, levantamento epidemiológico, escovação e evidenciação de placa, bochecho com flúor, educação em saúde, alimentação e análise do sistema de informação e consulta odontológica (SANTOS E HUGO, 2018).

Mesmo que o número de municípios que fizeram a implantação do PSF teve crescimento de forma exponencial nos últimos tempos, o modelo de saúde bucal com implantação vem repetindo o modelo tradicionalista, com centro na doença, e em decorrência da grande demanda reprimida por anos de inexistência de qualquer tipo de atenção, os problemas populacionais não possuem resolução e as queixas têm frequência (SANTOS E HUGO, 2018).

Isso está tendo ocorrência devido ao fato que, durante muito tempo, a atenção à saúde bucal teve caracterização pela prestação de assistência aos escolares, partindo de programas voltados para cárie e para a doença periodontal. A prática odontológica nas escolas teve caracterização pela predominância da individualidade, do tratamento mutilador e restaurador, com base resolutividade. Esse modelo todavia teve muitas críticas, decorrendo da sua cobertura exígua e por ter seu centro em ações de cura (LEME et al., 2019).

Neste mesmo contexto, Leme et al. (2019) pontua que, as ações com desenvolvimento pela equipe odontológica no PSF não apresentam-se de forma total segundo o que tem proposição pelo Ministro da Saúde. Assim, é observado que, a Estratégia de Saúde Bucal (ESB) permanecia com características e situações, como o atendimento de forma exclusiva por demanda, curativo e individualista, com inerência ao modelo que a estratégia com representação pelo PSF pretende transformar ou substituir. É demonstrado também uma falta de

integração perante os membros da equipe, com causa, de forma provável, por introduzir de forma tardia a ESB no PSF.

A Federação Interestadual dos Odontologistas, junto com as outras entidades nacionais, como o Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), acabaram realizando um estudo do Perfil do Cirurgião Dentista no país, com o objetivo da delineação de um diagnóstico, para melhor definição da atuação juntamente à categoria, população e serviços públicos e privados. Foram entrevistados mais de 600 profissionais da área de odontologia com registro no Conselho Federal de Odontologia (CFO), de todo o Brasil. Os resultados apontaram as características do modelo de formação e atuação com discussão há muito tempo, tendo persistência o modelo de prática interventiva clínica e individualista (BALDANI et al. 2015).

A grande parte dos cirurgiões-dentistas do país (56%) possuem menos de 40 anos de idade, sendo que, 25% destes possuem menos de 30 anos e não foram de forma adequada com preparo para ter atuação em PSF, o que é requerente de reflexões perante o enfoque dados pelas instituições de ensino superior à formação continuada do cirurgião-dentista (SANGLARD-OLIVEIRA et al. 2013).

Além do mais, a pesquisa de Martelli et al. (2010) demonstrou que, quase 90% dos dentistas acabavam realizando atividade educativa, além de escovação com supervisão 34%, e aplicação de flúor que era feita por quase 70% dos profissionais e a utilização de selante por 16,6% dos dentistas.

Rodrigues et al. (2009) acerca do perfil do cirurgião-dentista com inserção na ESB pontua que, teve observação que 96% dos dentistas acabavam realizando visitas à domicílio, na maior parte das vezes somente quanto eram solicitados pelo ACS. Teve constatação também que, o dentista não realizava levantamento epidemiológico e usava especialmente a condição de saúde bucal do indivíduo como referências das necessidades odontológicas.

Ainda, Pimentel et al. (2010) acabaram realizando uma análise acerca da atenção à saúde bucal na ESF, sendo que, os resultados demonstraram que,

diversas práticas com realização pelas equipes ainda são consideradas incipientes, como é o caso do levantamento epidemiológico, a referência e contra referência e a monitoração e avaliação das ações. A pesquisa demonstração a existência de um avanço na visão de prevenção e na prática da educação em saúde dos profissionais. No estabelecimento de uma comparação perante as práticas tradicionalistas e as exercidas pela ESF, é possível perceber que, existe um enorme avanço relacionado com os serviços realizados, com práticas menos mutiladoras e mais preventivas, mesmo as ações de prevenção ainda possuem foco no ambiente escolar. Tiveram observação diversas dificuldades para realizar ações que façam a integração da ESB com os outros profissionais do PSF.

Assim, a inserção da odontologia no PSF parece ter sido de direito, mas não de fato. Os problemas bucais continuam sendo de responsabilidade da área odontológica, e não da área pública, que não acaba conseguindo sua resolução decorrendo da alta demanda em acúmulo (PIMENTEL et al. 2010).

A maior parte dos cirurgiões-dentistas que exercem suas atividades no PSF está diante de diversos desafios, sendo que, acabou recebendo uma educação voltada para as questões biológicas, de cura e técnicas, tendo pouca ênfase nos fatores sócio-econômicos e psicológicos do processo saúde-doença, bem como, não acabaram recebendo uma educação com centro para desenvolver atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde. Assim, não possuem preparo para o desempenho de suas funções nesse novo modelo de atenção (MATTOS et al. 2014).

O atual modelo de atendimento nos PSFs, fazendo a utilização do agendamento populacional, por áreas de atuação, é um item de grande importância para reordenar a atenção odontológica, com vistas na substituição das práticas com centro no paradigma cirúrgico-restaurador-mutilador por práticas que considerem a pessoa como um ser integral, tendo configuração uma evolução no atendimento em comparação com aquele por livre demanda (REIS et al. 2015).

Diante disso, é observado que a formação dos acadêmicos da área odontológica acaba seguindo na contramão das necessidades do país. A formação acadêmica destes indivíduos e a necessidade da educação continua voltada para aqueles que exercem suas atividades no PSF, precisa ser repensada, de maneira que afaste desses profissionais o entendimento que seu paciente é uma unidade dentária e procurar aproximações para compreender a historicidade dessa pessoa, as necessidades individualistas e coletivas (REIS et al. 2015).

Além do mais, a aproximação com o paciente acaba trazendo chances da construção om ele, a autonomia possível para enfrentar os seus problemas. Enfim, faz o estabelecimento de um novo processo pedagógico, possuindo o potencial para que todos possam ao mesmo tempo ensinar e aprender (MATTOS et al. 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar uma evolução quantitativa das equipes de saúde bucal, o que possibilita um maior acesso aos serviços de saúde bucal, sendo que, diferenças e dificuldades possuem presença em decorrência do dimensionamento populacional que precisa de atendimento e do aspecto política onde a estratégia tem inserção.

A abordagem do Programa Saúde da Família para trabalho do cirurgião-dentista acaba indo bem além do trabalho clínico, sendo que, é uma lógica de pensar na saúde de maneira integral e com ampliação. Entretanto, a formação acadêmica relacionada com os profissionais de saúde bucal não acaba contemplando ainda essas questões, ou contempla somente de maneira pontual e isolada, refletindo na falta de preparação para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para vivência do paradigma de promover saúde.

Existe uma necessidade da motivação dos profissionais para que acabem refletindo e redirecionamento suas práticas, possuindo como medida inicial investir e estimular à educação permanente e uma monitoração e avaliação das

ações que possuem desenvolvimento por eles. A inserção da odontologia parece ter sido de direito, mas não de fato. Entretanto, mesmo com as deficiências e contradições que fazem implicações no enfrentamento de situações com complexidade, na exigência de intervenções intersetoriais, multiprofissionais e interdisciplinares, existe a possibilidade de efetivar o modelo do Programa Saúde da Família para ações de saúde bucal, pois se trata de uma estratégia fundamental e pertinente.

Por fim, não é pretendido com o presente estudo, esgotar a temática, mas sim fazer apontamentos de caminhos que possam realizar contribuições para consolidar um modelo de saúde. O que mais importa é que, de maneira geral, é observado uma movimentação que acaba provocando alterações organizacionais na estrutura dos serviços de saúde, com envolvência um processo amplo para redefinir a política de saúde no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALDANI, M. H. et al. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 1026-35, 2015.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O objeto de trabalho na estratégia saúde da família. **Comunicação, Saúde e Educação**, 2018; 22(64):77-86.

LEME, Pedro Augusto Thiene et al. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. **Physis**, Rio de Janeiro, v.29, n. 1, e290111, 2019.

LUCENA, E. H. G.; PUCCA, J. R. G. A.; SOUSA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus Actas Saude Coletiva**. 2011;5(3):53-63.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **N Engl J Med** 2015; 372(23):2177-2181.

MALTA, D. C.; SANTOS, M. A. S.; STOPA, S. R.; VIEIRA, J. E. B.; MELO, E. A.; REIS, A. A. C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil,

segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cien Saude Colet** 2016; 21(2):327-338.

MARTELLI, P. J. L.; MACEDO, C. L. S. V.; MEDEIROS, K. R.; SILVA, S. F.; CABRAL, A. P. S.; PIMENTEL, F. C et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Cienc Saude Coletiva**. 2010;15 Supl 2:3243-8.

MATTOS, G. C. M.; FERREIRA E FERREIRA, E.; LEITE, I. C. G. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. Saúde coletiva** 19 (02) Fev. 2014.

PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M. A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Cienc Saude Coletiva. 2012;8(2):599-609.

Pimentel FC, Martelli PJL, Araújo Junior JLAC, Aciolli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). Cienc Saude Coletiva. 2010;15(4):2189-96.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde colet**. 23 (6) Jun 2018

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. D. A.; CARCERERI, D. L. 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, 2015.

Rodrigues AAAO, Gallotti AP, Pena SFA, Ledo CAS. Saúde bucal no programa de saúde da família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. Rev Baiana Saude Publica. 2009;33(4):582-94.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica:** guia para eficiência nos estudos. São Paulo (SP): Atlas; 1992.

Sanglard-Oliveira CA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Atribuições dos técnicos em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. Cienc Saude Coletiva. 2013;18(8):2453-60.

SANTOS, F. P. A.; ACIOLI, S.; MACHADO, J. C. Práticas de cuidado da equipe da estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, 12(1):36-43, jan., 2018.

SCHRER, M. D; SANTOS, M. A.; SILVA, K. L. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 49, n. 98, 2018.

Silva MCLRS, Silva S, Bousso RSA. A abordagem à família na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(5):1250-5