



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO (UNIFAMETRO)
ODONTOLOGIA**

ANDRESSA LIMA AQUINO

ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

FORTALEZA

2020

ANDRESSA LIMA AQUINO

ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

Esta monografia apresentada no dia 09 de dezembro de 2020 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO – tendo como orientadora a Prof^a Dra. Paula Ventura da Silveira.

FORTALEZA

2020

ANDRESSA LIMA AQUINO

ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

Esta monografia apresentada no dia 09 de dezembro de 2020 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO – tendo como orientadora a Prof^a Dra. Paula Ventura da Silveira.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Paula Ventura da Silveira
Orientador – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Prof^o. M.e. Denis Bezerra de Araujo
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Prof^o. Ivens Barreto Barroso
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu a oportunidade de realizar esse sonho mediante a sua maravilhosa graça e misericórdia, e que me deu força, me protegeu e me direcionou por essa árdua jornada. A Ele toda honra e toda glória.

Aos meus pais Francisca Rosimeira Aquino e Antonio Vitor de Aquino por todo o apoio, investimento e dedicação, os quais abriram mão temporariamente dos seus próprios sonhos e metas para que eu conseguisse realizar os meus. Sem vocês com certeza eu nada seria.

Ao meu esposo companheiro Daniel Castro que passou noites em claro comigo, me incentivou e ajudou tanto durante todos esses anos de curso, e que não me deixou retroceder ou desistir nos momentos de fraqueza. Jamais vou poder agradecer por tanto.

Aos meus professores e a todos os colaboradores que fizeram parte da minha vida acadêmica nessa instituição, contribuindo com o meu crescimento intelectual e profissional, por toda paciência, dedicação e ensino. Vocês me passaram algo mais valioso que ouro: sabedoria. Serei eternamente grata.

Andressa Aquino.

“Porque sou Eu que conheço os planos que tenho para vocês”, diz o Senhor, “planos de fazê-los prosperar e não de lhes causar dano, planos de dar-lhe esperança e um futuro”.

Jeremias 29:11

RESUMO

O atendimento odontológico se tornou de extrema necessidade e importância dentro das Unidades Básicas de Saúde visto a necessidade da população em saúde bucal. Estudos mostram que há divergência na execução desse atendimento em relação as diretrizes do SUS e da Atenção Básica. Esse trabalho foi realizado através de uma revisão de literatura, no intuito de avaliar o funcionamento do atendimento odontológico dentro do Programa de Saúde da Família assim como ressaltar as dificuldades encontradas por esses profissionais dentro das Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de um estudo de caráter transversal, predominando a abordagem qualitativa, como formato de uma revisão de literatura com ênfase nos trabalhos publicados de 2000 a 2019 pelas plataformas digitais SCIELO, LILACS, BVSMS e MINISTÉRIO DA SAÚDE. Os resultados mostram um atendimento incompleto, curativista e introspectivo, amparado principalmente por falta de recursos e fiscalização da gestão, além da visão tradicional da odontologia de consultório pelos profissionais, o que ocasiona em uma odontologia contrária a odontologia imposta pelas diretrizes do sistema. É de suma necessidade a utilização das políticas públicas para melhorias dos atendimentos das UBS com participação efetiva dos profissionais inseridos no programa assim como a avaliação e posicionamento do povo ao se conscientizar que esse serviço é um direito e não um favor.

Palavras chaves: Odontologia pública; Odontologia na Atenção Básica; Diretrizes; Programa de Saúde da Família; Recursos.

ABSTRACT

Dental care has become extremely necessary and important within the Basic Health Units, given the population's need for oral health. Studies show that there is a divergence in the execution of this service in relation to the SUS and Primary Care guidelines. This work was carried out through a literature review, in order to evaluate the functioning of dental care within the Family Health Program as well as to highlight the difficulties encountered by these professionals within the Basic Health Units. This is of a cross-sectional study, predominantly the qualitative approach, as a format for a literature review with emphasis on works published from 2000 to 2019 by the digital platforms SCIELO, LILACS, BVSMS and MINISTRY OF HEALTH. The results show an incomplete, curative and introspective service, supported mainly by the lack of resources and management supervision, in addition to the traditional view of office dentistry by professionals, which causes dentistry contrary to dentistry imposed by the system guidelines. It is extremely necessary to use public policies to improve the care provided by the UBS with effective participation of the professionals included in the program, as well as the evaluation and positioning of the people when they realize that this service is a right and not a favor.

Key words: Public dentistry; Dentistry in Primary Care; Guidelines; Family Health Program; Resources.

ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dental

APS - Atenção Primária à Saúde

CD - Cirurgião Dentista

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Equipe de Saúde da Família

PPT - Plano Preventivo Terapêutico

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

UBS - Unidade Básica de Saúde

Sumário

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Introdução | 10 |
| 2 | Referencial Teórico | 13 |
| 2.1 | Sistema Único de Saúde e Unidades Básicas..... | 13 |
| 2.2 | Serviços odontológicos públicos..... | 19 |
| 2.3 | Saúde Bucal na UBS. | 21 |
| 2.4 | Características socioeconômicas relacionadas ao atendimento odontológico..... | 26 |
| 2.5 | Equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família..... | 27 |
| 2.6 | Fluxo do atendimento odontológico nas UBS. | 32 |
| 2.7 | Equipamentos e materiais odontológicos nas UBS. | 34 |
| 3 | Metodologia..... | 36 |
| 4 | Resultados | 37 |
| 5 | Discussão..... | 42 |
| 6 | Considerações finais | 46 |
| | REFERÊNCIAS | 47 |

1 Introdução

A odontologia no Brasil surgiu com o descobrimento do país em 21 de abril de 1500 pelas caravanas de Pedro Álvares Cabral no século XVI sendo regularizada em 1629 com a carta Régia de Portugal que impunha que todos os que extraíam os dentes, ainda intitulados “barbeiros” ou “sangradores”, deveriam passar por um exame de habilidades afim de provar que dominavam a prática da arte dentária.

Em 1820 com a chegada do dentista francês Eugenio Frederico Guentín no Brasil, a classe odontológica passou por transformações e avanços importantes durante os anos que se seguiram, até que por fim em 1840 foi criado o primeiro curso anexo reconhecido de odontologia onde em 1933 veio a se tornar uma Faculdade autônoma, assim dando o direito aos formandos do curso a se intitularem como cirurgiões-dentistas e exercerem a profissão portando diploma e cobertos pela lei. (SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS DO ESTADO DO RS)

Segundo Paiva e Teixeira (2014) em 1970 houve um movimento intitulado de Reforma Sanitária o qual era constituído por profissionais da saúde que desenvolviam teses e integravam discussões políticas acerca de ideias que se tinham sobre mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças abarcavam todo o setor da saúde em busca de melhorias para as condições de vida da população brasileira. As propostas debatidas nesse movimento resultaram enfim na criação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, que determina ser um dever do estado garantir saúde pública a toda a população brasileira desde o seu nascimento até o seu óbito. Além disso, em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, detalhando o funcionamento do sistema e instituindo os preceitos que seguem até hoje no sistema, tais como a universalidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização e a participação comunitária, cruciais para o funcionamento pleno e humanizado do SUS.

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde, ao passar dos anos o Sistema Único de Saúde Brasileiro acabou tornando-se em um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo a assistência necessária em saúde e a gratuidade a cerca de 100 milhões de habitantes, realizando mais de 2 bilhões de atendimentos por ano, atendendo desde procedimentos básicos ambulatoriais até procedimentos complexos como cirurgias e transplantes, tirando famílias da condição de apenas “não saúde” para condição de prevenção pela promoção da saúde.

Figueiredo (2015) cita que decorrente a criação do sistema, mais especificamente em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização e reorientação do modelo tecno-assistencial de saúde no Brasil, afim de priorizar a proteção contra doenças e a promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma ampla e contínua. E em 2000 o Cirurgião-Dentista, os auxiliares de consultórios dentários e os técnicos de higiene dentária passaram a ser incluídos no programa fazendo com que desse modo o SUS abrangesse além da assistência básica em saúde, a cobertura e assistência também em saúde bucal.

Isso significa um novo modelo de saúde no qual há a necessidade de inclusão desse profissional a uma equipe de saúde de forma que o mesmo gere vínculos com população, gerando um atendimento mais humanizado e disponibilizando não só a assistência na prática odontológica, mas também sendo um profissional presente e capacitado para o serviço da comunidade. Porém, pela Odontologia não compor de início o programa, eventualmente acarretou-se prejuízos na integração desses profissionais ao sistema, cooperando para a indeterminação do papel do Cirurgião-Dentista na Equipe de Saúde da Família (ESF), dificultando a transição e em consequência não disponibilizando as condições necessárias para que a Equipe de Saúde Bucal (ESB) fosse apta a estabelecer conexões entre os conhecimentos singulares da profissão e as características estruturais e funcionais do Programa de Saúde da Família (PSF), na intenção de compor novas práticas de saúde. (BOARETO, 2011)

A odontologia no contexto da saúde pública deve ser entendida como ferramenta essencial de apoio a população ao que se diz respeito a saúde bucal visando em sua totalidade a condução da população a uma prevenção necessária das doenças bucais assim como tratamento qualificado das doenças já existentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

De acordo com Oliveira:

O grande desafio é poder oferecer atenção primária às famílias e poder oferecer tratamento odontológico mais complexo nas unidades básicas de saúde, em total harmonia com o SUS. Em alguns municípios brasileiros a atenção à saúde bucal no PSF tornou-se "a porta de entrada" do sistema, mas sem conseguir organizá-lo, em face de inexistirem recursos para atendimento de maior complexidade, ou seja, a população fica restrita a procedimentos básicos e por isso não recebe o tratamento completo. (et al, 2004, p. 3).

Além disso, na realidade do atendimento cotidiano se encontra algumas dificuldades como a grande demanda para agendamentos, a escassez de materiais e recursos inutilizados por quebra ou manutenção não fornecendo ao profissional o amparo adequado para a realização dos procedimentos em sua integralidade, causando demora nos atendimentos e fazendo com que encaminhamentos e reagendamentos sejam cada vez mais corriqueiros.

Dado isso, a presente pesquisa tem como objetivo geral fazer uma revisão literária abordando como funciona o atendimento da Equipe de Saúde Bucal nas unidades básicas de saúde do SUS, assim como as dificuldades encontradas no dia a dia de atendimento desses profissionais. E como objetivo específico identificar as características e necessidades do atendimento odontológico nas unidades básicas de saúde através da revisão de literatura.

Justifica-se a pesquisa devido ao atual cenário da saúde pública no Brasil, mais especificamente na Equipe de Saúde Bucal. Nesse sentido a proposta é fazer uma reflexão sobre as características encontradas na prática da odontologia dentro das equipes de PSFs e sua importância para o contexto social. O estudo busca ainda contribuir com futuros trabalhos acadêmicos e pesquisas voltadas para a área odontológica.

A hipótese levantada foi de que os atendimentos nas unidades públicas de saúde estão sendo oferecidos de maneira superficial negligenciando as necessidades de um acompanhamento continuado, e assim deixando de garantir a comunidade acesso pleno a uma saúde bucal humanizada e de qualidade. Dito isso, acredita-se que a dificuldade de inclusão desses profissionais ao Programa de Saúde da Família e o material e instrumental adequado para a realização dos procedimentos, além de cursos de capacitação e treinamento que busquem desenvolver no profissional um olhar voltado para o atendimento humanizado podem solucionar grande parte dos problemas citados.

No setor público, destacam-se movimentos recentes de valorização da saúde bucal com a incorporação dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família, através da Portaria 1.444/00, de dezembro de 2000, e a Política Nacional de Saúde Bucal, publicada em 2004, que traz como eixo a reorientação do modelo assistencial com base nas linhas do cuidado em todos os níveis de atenção. O impacto dessas políticas públicas se evidencia na expansão do número de equipes de saúde bucal no

Programa de Saúde da Família, na ampliação do acesso aos serviços especializados e no maior aporte de recursos federais para a área odontológica. Porém, na prática de atendimento vivenciada pelos profissionais e pela comunidade é possível identificar os impactos dessas políticas públicas? Quais as demandas de trabalho oferecidas para as equipes de saúde bucal?

2 Referencial Teórico

2.1 Sistema Único de Saúde e Unidades Básicas

Até a implantação do SUS, a extensão do acesso ao cuidado médico-sanitário no Brasil vinha acontecendo sem que se buscasse qualquer forma de socialização da atenção. O Estado, por meio da Previdência Social – institutos depois unificados no MS/INAMPS, por categoria profissional –, funcionava como um grande seguro estatal, que mais fomentava o mercado da saúde do que o substituía. A linha de pensamento da compra de serviços a consultórios, hospitais privados e filantrópicos eram baseados nas produções de procedimentos, sendo o Estado o intermédio entre prestadores privados e o consumidor. Observava-se a permanência da centralidade da remuneração por procedimento diagnóstico ou terapêutico presente na racionalidade do modelo liberal. Apesar de haver esse intermédio do Estado, conservou-se, naquele modelo, o estímulo econômico à produção de atos sanitários. (CAMPOS, 2007)

Kulik (2015) relata que os alicerces do Sistema Único de Saúde (SUS) foram lançadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, tendo em vista o conceito expandido de saúde, a necessidade de estabelecer políticas públicas para promovê-la, a indiscutível necessidade da participação social na estruturação do sistema e das políticas de saúde, visando a impossibilidade do setor sanitário atender sozinho as mudanças dos elementos determinantes e condicionantes para assegurar opções de saúde saudáveis a população.

Segundo Silva (2010) o estabelecimento do SUS na Constituição Federal de 1988, além de firmar a universalização do acesso, possibilitou a regionalização/descentralização e integração com a criação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais.

De acordo com Matta (2007) A base legal do SUS é instituída no seu fundamento por três documentos que manifestam os elementos básicos que organizam e estruturam o sistema de saúde brasileiro. São eles:

1 - A constituição Federal de 1988, na qual a saúde é uma das esferas que alicerçam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (Brasil, 1988).

2 - A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que fala principalmente sobre a organização e regulação das áreas e serviços de saúde em todo território nacional (Brasil, 1990a).

3 - A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que propõe o modelo da participação popular no SUS e oferece sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b).

Além do mais, existem diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, modificam ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do sistema. Mas a estrutura formal do SUS está firmada nesses três documentos citados anteriormente.

Dessa forma, o SUS é um projeto que adota e firma os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que tem por responsabilidade conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um novo “sistema de saúde”, apto a garantir o acesso universal da comunidade a bens e serviços que certifiquem a sua saúde e bem-estar, de maneira que possua equidade e integralidade. Também, se encaixa aos chamados “princípios finalísticos”, que falam sobre a natureza do sistema que se planeja conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que falam sobre as diretrizes políticas, operacionais e organizativas, que mostram “como” deve ser estabelecido o sistema que se quer implantar, institucionalizar. Esses princípios, são a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social. (TEIXEIRA, 2011)

Art. 198. As ações e serviços públicos em saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sempre juízo dos serviços assistenciais;

III - Participação da comunidade. (Brasil, 1988: 63)

Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 1990a:69)

O SUS é a expressão mais finalizada do esforço do nosso país de assegurar o acesso universal de seus moradores aos cuidados em saúde necessária para ter uma vida mais produtiva, longa e feliz. Embora saibamos que os bons índices de saúde dependem de uma união de políticas econômicas e sociais mais extensas (moradia, saneamento, emprego, alimentação, segurança, educação etc.), é incontestável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a integralidade, a equidade e a qualidade do cuidado prestado aos seus cidadãos. Todos os investimentos e esforços visando à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil só podem ser compreendidos no contexto da implantação do SUS e da extensão dos seus benefícios para milhões de brasileiros. (REIS, ARAUJO E CECILIO, 2012)

O ingresso à assistência em saúde pode ser avaliado pela utilização de serviços, abrangendo, entre outras, a assistência tanto médica como odontológica, de rotina ou de emergência. O uso de serviços de saúde é, desta maneira, uma expressão positiva do acesso, pois pode ter impacto na saúde dos indivíduos, prevenindo o surgimento de doenças, diminuindo a mortalidade por causas características e aumentando as taxas de sobrevivência. Porém, o entendimento dos dados sobre utilização de serviços não é simples, pois a correta utilização acontece com uma complexa combinação de determinantes, que inclui desde a necessidade, a percepção, as características sociodemográficas e os valores do indivíduo, até a organização e a forma de financiamento do sistema de saúde. (SILVA *et al.* 2011)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco,

vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes previstas pelo Ministério da Saúde (2013):

- Ter território adscrito e responsabilidade sanitária sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.
- Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde

e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. BRASIL (2013)

O monitoramento, detecta os desvios quando comparados ao plano para, oportunamente, definir ações corretivas para se manter em curso o objetivo da ação ou até mesmo decidir sobre a revisão do planejamento do programa ou projeto" (ANTERO, 2008, p. 806).

Um processo de monitoramento busca então, observar, medir e definir as informações prioritárias para o funcionamento de uma ação, seja um programa, projeto, linha de cuidado ou serviço (BRASIL, 2013). Deve, também, acompanhar informações relativas aos custos envolvidos no desenvolvimento de uma intervenção.

O bom andamento dos serviços implica superar concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informação. Se tantas vezes nos deparamos com uma grande quantidade de dados produzidos e encaminhados para outros níveis

organizacionais, sem que sejam usados para o planejamento e avaliação das ações pelo nível local, precisamos mirar os sistemas de informação como instrumentos de análise e introdução de mudanças profundas no interior das práticas assistenciais. (MERHY, 2002)

2.2 Serviços odontológicos públicos

Os primeiros modelos apresentados no que diz respeito a atenção em saúde bucal no Brasil se mostraram ineficientes, pois não apresentaram respostas, em níveis significativos, aos problemas de saúde que acometiam a população, e ineficiência, já que tinham custo elevado para sua execução e um rendimento que correspondia a esse alto custo, apesar do desenvolvimento científico e tecnológico serem significativos para a Odontologia nos últimos anos. (MATTOS *et al.*, 2012)

O trabalho do cirurgião-dentista no serviço público de saúde foi constituído tradicionalmente em apenas realizar o atendimento clínico da população nos Postos de Saúde, que hoje são conhecidos como Unidades Básicas de Saúde (UBS). Isto é uma tradição, que vinha seguindo a profissão desde os seus primórdios o objetivo era o trabalho individualista e restrito ao ambiente do consultório. Dessa forma, a exigência do trabalho em equipe no Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se um desafio para o cirurgião-dentista. (COELHO *et al.*, 2011)

Pinto, Matos e Filho (2012) relata que, pela história, a atenção odontológica pública no Brasil era voltada inicialmente as crianças que estavam regularmente matriculadas na escola e priorizou-se ações no tratamento da cárie dentária. Essa prerrogativa se deu por conta das desvantagens vivenciadas em outros segmentos populacionais, como por exemplo os adultos, que viveram com um modelo público de atenção limitada somente as pessoas inseridas no mercado trabalho formal, e era firmado nas necessidades naturais, apenas com ações curativas, de cunho mutilador. O financiador desse modelo era o Estado e o setor privado no papel de prestador de serviços. Abranger o atendimento público odontológico para além do tradicional grupo materno-infantil tem sido uma grande dificuldade para a rede de saúde e isso se dá devidos os meios destinados para essa finalidade, que apesar de estarem crescendo, não são suficientes para atender de imediato todas as possíveis necessidades da população (Spezzia, Carvalheiro e Trindade, 2014).

De acordo com Pinto, Matos e Filho (2012), há um modelo criado por Andersen e Newman para explicar como funciona a utilização de serviços de saúde, que une elementos relacionados aos indicadores sociais, específicos, ligados aos sistemas e serviços de saúde, e o uso do mesmo. Em relação aos determinantes específicos, o modelo considera três grupos: (1) predisponentes, relacionados à predisposição do indivíduo a buscar o atendimento; (2) capacitantes, que cooperam para deixar os serviços de saúde viável ao indivíduo; e (3) os de necessidade, que dizem respeito aos requisitos de saúde entendidas pelo usuário ou estabelecidas pelo profissional de saúde. Este exemplar tem sido empregado em estudos nacionais e internacionais sobre o uso de serviços odontológicos, tratando de diferentes segmentos populacionais e tendo como intenção a comparação entre usuários e não usuários.

Como aponta Carreiro et al. (2016) fatores relacionados ao acesso (principalmente ligados a barreiras geográficas), carência de saúde da população, atributos dos serviços de saúde, aspecto socioeconômicos e de perspectiva quantitativa podem afetar no acesso e, por consequência, no uso dos serviços de saúde, inclusive os serviços odontológicos. O acesso aumentou no Brasil, entretanto, ainda são notórias as desigualdades sociais e de região tanto no acesso, quanto na utilização dos serviços odontológicos e pessoas que nunca usaram os serviços odontológicos.

Segundo Spezzia, Carvalheiro e Trindade (2014), para fazer confrontar esse difícil quadro, empregou-se a estratégia de encaminhar recursos e escolher objetivos em que se tinham prioridade. As metas antecessoras propostas como mudanças foram a realização dos atendimentos de crianças e gestantes em cunho de urgência odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Posteriormente, a elaboração da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2000, e o implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), em 2004, mostram novas iniciativas para a ampliação da demanda de atendimento odontológico público.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2004), a assistência odontológica pública no Brasil tem-se limitado quase que inteiramente aos serviços básicos ainda assim, com extensa demanda retraída. Os números atuais indicam que, no que diz respeito ao SUS (Sistema Único de Saúde), os serviços odontológicos especializados representam 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. A amplificação

da rede assistencial de atenção secundária e terciária não conseguiu acompanhar, no setor odontológico, o aumento da demanda de serviços de atenção básica.

A prestação de serviços em Odontologia pode ser estratificada em quatro níveis distintos e interligados entre si: atenção geral, primária, básica e complexa. O nível de atenção geral compreende os fatores externos condicionantes dos problemas odontológicos ou por eles influenciados. A atenção básica em saúde bucal compreende um conjunto de ações orientado à identificação, prevenção e solução dos principais problemas da população afetada. A atenção de nível complexo ou atenção terciária é aquela que abrange ações que implicam em conhecimentos avançados, desenvolvidas em princípio por especialistas, na área clínica e na reabilitação funcional. (SILVA ET AL, 2007, p. 1239).

Diante da inevitabilidade de ampliação da atenção à saúde bucal da sociedade brasileira, no ano 2000, o Ministério da Saúde, principiou um incentivo financeiro para colocação das ações de saúde bucal, por meio da inclusão de equipes especializada em saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF). Tal ação gera mais proximidade do projeto de atenção odontológica na primeira infância que tem como objetivo diminuir a necessidade de ações especializadas e de maior complexidade nos dentes permanentes. (MATOS; TOMITA, 2004)

Silva et al. (2007) relata que o Programa de Saúde da Família (PSF), projeto criado pelo Ministério da Saúde em 1994, tem como principal estratégia trabalhar em ações preventivas, buscando promover e recuperar a saúde da população, de forma interina e prolongada. O serviço de atendimento é realizado nas unidades básicas de saúde ou na casa dos pacientes, por profissionais da saúde, que formam as equipes de Saúde da Família.

2.3 Saúde Bucal na UBS

Após a inclusão da Equipe de Saúde Bucal em 2000 pelas Portarias Ministeriais 1.444, de 28/12/2000, e 267, de 29/09/2001, houve uma reestruturação da atenção à saúde bucal do país em todos os níveis de atenção que ocorreu em 2004, onde o Ministério da Saúde emitiu uma publicação trazendo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

De acordo com o documento, essa reorientação tem os seguintes pressupostos: assumir o compromisso de qualificação da atenção básica

para que haja qualidade e resolubilidade na prestação dos serviços; garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços de saúde; assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal; utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento das ações; acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados; centrar a atuação na vigilância à saúde; incorporar a saúde da família como estratégia na reorganização da atenção básica; definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal; estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações; e definir uma agenda de pesquisa científica. (Rocha, 2007, p. 4).

Segundo Reis, Araujo e Cecilio (2012) As diretrizes do SUS são o conjunto de recomendações técnicas e organizacionais destinadas à problemas específicos, administradas pelo Ministério da Saúde, com o concurso de especialistas capacitados na área de atuação, de abrangência nacional, e que tem como função a orientação da configuração geral do sistema em todo o país, dando devido respeito as especificidades de cada unidade federativa e de cada município.

Em 2004, a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, foi um grande marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, com objetivo de progredir na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e oferecendo um modelo que leve em consideração a universalidade, integralidade e equidade. (PORTO, 2015)

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário) que atuam na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família são:

Compete ao Cirurgião Dentista (CD):

I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.

II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual

e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.

IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.

V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF.

VIII - Realizar supervisão técnica do THD e ACD.

IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Compete ao Técnico de Higiene Dental (THD):

I - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais.

II - Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos.

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

V - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Compete ao Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde.

II - Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados.

III - Preparar e organizar instrumental e materiais necessários.

IV - Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos.

V - Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.

VI - Organizar a agenda clínica.

VII - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Algumas das diretrizes também apresentadas pelo Ministério da Saúde (2004) competentes a atividade da Equipe de Saúde Bucal que são:

Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo: a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções deve acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.

Integralidade da Atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo.

Intersetorialidade: as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas. A

intersetorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social.

Ampliação e Qualificação da Assistência: organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento. Nessa organização sugere-se:

a) maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência – 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD;

b) garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;

c) Adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local.

Condições de Trabalho: para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária.

2.4 Características socioeconômicas relacionadas ao atendimento odontológico

Segundo Peres et al. (2012) as desigualdades socioeconômicas desempenham grande influência sobre a saúde, independentemente do ganho do país. A desigualdade de renda é desfavorável à saúde não somente para indivíduos em desvantagem, pois intervém na condição de vida e saúde de toda a população. Pessoas que moram em regiões com ampla distinção de renda possuem condições de saúde inferiores em relação a aqueles indivíduos com condição socioeconômica equivalente, mas que residem em regiões mais igualitárias. Indivíduos com rendas semelhantes apresentam diferentes prevalências de perdas dentárias, maiores quando em regiões mais pobres e menores em regiões mais ricas.

Ao se observarem os fatores essenciais da utilização dos serviços de saúde, há que se levar em conta as condições socioeconômicas dos indivíduos, principalmente a renda e o nível de escolaridade. Considerando o modelo proposto por Andersen³¹, a renda caracteriza-se como um fator colaborador para a utilização dos serviços odontológicos. Estudos internacionais e nacionais mostram que pessoas com renda menor são inclinadas a utilizar os serviços com menos frequência ou de forma irregular, tendência essa também existente entre homens. A baixa renda também se condicionou como barreira ao uso de serviços odontológicos e à escassez dos mesmos. (CARREIRO et al. 2016)

Conforme Silva et al. (2007, p. 1238),

Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como importante determinante da saúde bucal e estudos têm demonstrado que o declínio da cárie dentária vem sendo acompanhado pela polarização da doença nos grupos menos privilegiados. Vários trabalhos têm abordado a associação entre desenvolvimento social e cárie dentária, tanto no campo do indivíduo, como no ecológico. Estes estudos revelam que a prevalência de cárie dentária expressa pelo índice CPO-D mostra-se significativamente pior para populações de baixo nível socioeconômico.

Como aponta Barros e Bertoldi (2002) existe uma grande e imaginável influência da renda em relação aos serviços utilizados, a maior escolha por serviços oferecidos na rede pública deixa claro uma grande dificuldade ou mesmo falta de capacidade para custear os gastos com serviços particulares. Na parte adulta da

população brasileira é ainda mais determinante as características de renda para o acesso a serviços de saúde bucal, pois esta parcela da população vem sendo historicamente ignorada para os órgãos públicos dentro das prioridades de saúde bucal da rede pública.

Barros (apud SILVA ET AL. 2002) cita que com o intuito de avaliar o acesso e a forma como era utilizado os serviços odontológicos, de acordo com diferentes realidades socioeconômicas, realizaram um estudo, onde os resultados obtidos demonstraram baixa utilização dos serviços e disparada diferença quanto aos grupos de renda maior e menor, indicando que entre as crianças na idade de três anos, 91% das mais pobres e 55% das que tem maior aporte financeiro nunca tinham passado por um profissional dentista.

De acordo com Rocha e Goes (2008) mesmo com os vários esforços empregados nos últimos anos, ainda prevalece uma certa disparidade entre os mais ricos e os mais pobres em relação ao acesso a serviços de saúde bucal. 31% de pessoas com renda familiar de até um salário mínimo por mês relatam que nunca passaram por consulta com profissional dentista, esse número cai drasticamente quando se trata de pessoas com renda mensal que supera vinte salários mínimos.

Segundo Soares, Chaves e Cangussu (2014)

As pesquisas sobre desigualdade no uso dos serviços odontológicos são muito diversas quanto aos seus determinantes. Por outro lado, o perfil dos usuários das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da ESF é composto por mulheres, idosos, desempregados, pobres, negros, não cobertos por planos de saúde e com a autopercepção da saúde ruim. Portanto, teoricamente, a ESF tende a promover um uso mais equitativo. Ressalta-se que a desigualdade na utilização dos serviços odontológicos compromete a integralidade do cuidado, dificultando que as pessoas tenham suas necessidades de saúde satisfeitas.

2.5 Equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família

Segundo Limão et al. (2016). As unidades básicas de saúde se caracterizam por contar com a presença de uma equipe multiprofissional que dispõem, pelo menos de, um médico geral ou especialista em saúde da família, um enfermeiro geral ou

especialista em saúde da família, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Podem ser incluídos nessa composição, como componente da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal ou Equipe de Saúde Bucal – ESB: o cirurgião-dentista geral ou especialista em saúde da família e o auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Esses postos buscam o atendimento contínuo das necessidades de saúde do indivíduo.

De acordo com Mattos (2012) com o surgimento da Estratégia Saúde da Família, a odontologia se achou imersa em um contexto de mudança de paradigma, numa ótica diferente de atenção em saúde, que procura enxergar o paciente como um ser integral e não somente os seus problemas bucais. As intervenções de saúde bucal na ESF devem se nortear pelos princípios e diretrizes do SUS que buscam, além de ofertar amplo acesso para a população às ações e à resolução dos problemas de saúde-doença bucal instalados e a intervenção nos fatores determinantes de saúde.

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹ transformou a forma de atuação odontológica tradicional. O cirurgião-dentista que trabalha no setor público que até então exercia apenas atividades clínicas e passa a incorporar novas competências, tais como: planejamento de ações e serviços, interação comunitária, educação em saúde e atividades de atenção à saúde de modo geral. (COELHO *et al.*, 2011)

As iniciativas de Saúde Bucal, dentro do SUS, vêm se expandindo, como a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB), como parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente organizou o sistema de saúde bucal no geral, oferecendo um modelo focado nas efetivas necessidades da comunidade, por meio da reestruturação da prática assistencial e dos serviços odontológicos qualificados oferecidos. Esse momento é um símbolo de mudança da centralização da atenção em saúde bucal, sendo a Saúde da Família a estratégia principal escolhida para a reorganização da Atenção Primária no Brasil (SOBRAL, 2016)

Segundo Pavoni e Medeiros (2007) o desencadeamento do trabalho das ESF é dado, dentre outros fatores, pelo trabalho em equipe e interdisciplinar, pela valorização dos múltiplos saberes e ações na intenção de uma abordagem resolutiva e integral, e pela manutenção e avaliação sistemática das práticas implementadas, com intuito de proporcionar uma readequação do processo de trabalho.

Scherer et al. (2018) relata que no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) mostra três características importantes que a destaca da maioria dos modelos de outros países: a equipe multiprofissional tem responsabilidades por territórios regionais com população registrada, a presença particular dos agentes comunitários de saúde e a incorporação da atenção odontológica no sistema público de saúde. A consolidação da APS tem sido uma sequência de avanços e recuos, por intermédio do estabelecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), com foco na reestruturação dos processos de trabalho de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.

De acordo com Kulik (2015) o primeiro contato exigido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo aproximar os serviços das casas dos usuários, essa longitudinalidade cria um vínculo entre o usuário e o profissional de saúde enquanto abrangência deve ter em vista o equilíbrio entre a solução clínica individual e as ações coletivas que buscam a prevenção e a promoção, e a direção que visa garantir a constância da atenção

O atendimento bucal, no SUS, começa na Atenção Básica e é realizado pelas equipes de Saúde Bucal, que fazem parte das equipes da estratégia Saúde da Família. Podem integrar as equipes de Saúde Bucal: cirurgião-dentista; técnico ou auxiliar em saúde bucal ou pelo cirurgião-dentista; e técnico em saúde bucal mais auxiliar ou técnico em saúde bucal. A equipe completa é responsável por um território que, em geral, cobre de 3 mil a 4 mil pessoas. As equipes, que atendem na Atenção Básica, são encarregados por realizar minimamente, ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, buscando solucionar pelo menos 80% das necessidades apresentadas pelos cidadãos. Atualmente são 26.655 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), presentes em 5.043 municípios brasileiros. Desta maneira, cerca de 90,53% dos municípios do país têm, pelo menos, uma das principais linhas de ação da Política Nacional de Saúde Bucal. (BRASIL, 2019)

As intervenções do cirurgião-dentista, no PSF, têm uma proporção clínica individual e coletiva. As intervenções em espaço clínico individual correspondem às atividades assistenciais clínico-cirúrgicas, centralizados na lesão ou doença, com objetivo de proporcionar a cura ou a reabilitação. As ações coletivas buscam conscientizar e promover a responsabilização do cidadão, o que diz respeito ao estado

de sua saúde e sua prevenção contra doenças, porém se observa necessidade de atitudes clínicas individuais para abordar às necessidades já instaladas e existe uma deficiência na assistência odontológica no PSF, pois a maioria dos pacientes carece de serviços especializados, o que não pode ser realizado neste ambiente. (CARVALHO, CARNEVALLI E CARVALHO, 2011).

Ao analisar o papel do cirurgião-dentista da Atenção Básica, ressalta-se que o profissional deve ser capacitado para planejar, executar e avaliar as iniciativas dirigidas para a realidade socioeconômica e epidemiológica da comunidade. A literatura descreveu vários critérios para alcançar a aptidão dos serviços de saúde e da atenção ofertada à população, como exemplo a avaliação da oferta de serviços especializados, implantação de programas de educação em saúde, descrição das carências de tratamento e manutenção odontológica preventiva, como também o controle periódico na clínica odontológica. (CAVALCANTI, Y. W. et al., 2012)

Suas ações devem considerar cada indivíduo com sua singularidade complexidade, integridade e inserção sócio cultural. Em relação a sua saúde, deve percebê-lo como sujeito, capaz de conhecer, compreender, expressar e agir ao seu modo e de acordo com a sua vivência, respeitando os seus valores. Dessa forma as ações de promoção a saúde, prevenção e tratamento das doenças, devem basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para a sua efetivação. (BOARETO, 2011,p.16)

Segundo Caldeira (2010) a inclusão da saúde bucal na ESF foi um marco importante no firmamento do princípio de integralidade das ações em saúde. Com essa inclusão vem se estabelecendo também alterações no modelo odontológico, que anteriormente era pautado no alívio da dor e no atendimento dentro dos consultórios, passando a ter como princípio o território, a família e o domicílio. Originalmente, os serviços de saúde bucal não cruciais para a coletividade. O que se estuda e deve passar por alteração é a majoritariedade da característica curativa sobre as preventivas e as de promoção de saúde.

De acordo com Silva, Peres e Carcereri (2018):

Embora o cenário normativo tenha mudado há mais de uma década, no interior das ESB o modo de se fazer saúde ainda reproduz modelo biomédico, com centralização das ações no cirurgião-dentista (CD), enfoque individual e curativista, pouca inserção comunitária e dificuldades no trabalho em equipe, em um cenário de universalização excludente e integralidade seletiva das ações e serviços de saúde bucal.

Reis, Scherer e Carcereri (2014) pontuam que para atender na ESF é necessário que o CD desenvolva competências para além da sua zona de conforto, saindo do individualismo da prática restrita ao atendimento no consultório e aos instrumentais odontológicos, apropriando-se de um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde. E isto se constitui em um desafio, na medida em que se faz necessário integrar a prática dos profissionais diante de um cenário marcado pela maneira fragmentada com que cada especialidade ou subespecialidade cuida de apenas uma parte da atividade.

Outra dificuldade a ser encarada pelos profissionais de saúde é a valorização das relações interpessoais com a equipe em suas práticas cotidianas. Isso se faz indispensável de maneira que suas prerrogativas apontam para um vínculo maior e a consolidação das relações entre os profissionais de saúde e das interações destes com os indivíduos usuários dos serviços, o que, inevitavelmente, ocasionará em significativas transformações no pensar/fazer saúde. (BONFADA, D. et al., 2012.)

Em pesquisa realizada por Scherer et al. (2018) é evidenciado alguns dados preocupante na integração dessa Equipe de Saúde Bucal as demais Equipes da Saúde da Família como o isolamento da equipe de Saúde bucal (SB) que é fortalecido pela estrutura física da UBS fazendo com que os profissionais não conheçam como se organiza a atenção à SB e o trabalho do outro e como modo de marcação de consulta por lista de espera e o acolhimento à demanda espontânea são pouco estruturados.

Segundo Caldeira (2010):

Para que o trabalho de saúde bucal na ESF integre toda a equipe de profissionais, buscando o conhecimento integral e a construção coletiva das intervenções, e não apenas articulações pontuais e encaminhamentos internos, é essencial que todos compreendam, em toda a sua complexidade, o processo saúde-doença, e ampliem a intervenção sobre determinado problema, outrora reservado apenas à atividade do CD.

A criação de um novo modelo de saúde impõe um maior vínculo à qualidade de vida de uma população, ultrapassando, portanto, de suas consequências imediatas, evidenciadas como doenças, sequelas e morte. A saúde bucal não é resultado apenas da prática odontológica, mas de estruturação social realizadas de modo consciente por todos as pessoas, em cada situação particular e, sendo uma construção social,

cada momento é único, singular, histórico, não susceptível de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação que possa ocorrer, uma vez que os componentes e dimensões de cada um desses processos apresentam incoerência, geram conflitos e são registrados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos. (ALMEIDA, ALVES E LEITE, 2009)

De acordo com Pavoni e Medeiros (2007) o trabalho em equipe é entendido como uma estratégia para enfrentar o intenso e gradativo processo de especialização na área da saúde. Esse processo se dá pelo estudo específico dos saberes e da intervenção em características individualizadas das necessidades de saúde, sem utilizar da articulação das práticas e dos conhecimentos de forma simultânea. A partir desta visão de mudança de padrão do sistema de saúde, mediada pela Estratégia de Saúde da Família, se entende a necessidade de conhecer como estão acontecendo a engrenagem de trabalho, acompanhar como os profissionais de saúde estão colocando seu trabalho, quem está à frente das atividades administrativas e de coordenação na equipe, assim como, avaliar se ocorre a integração no planejamento e realização das atividades da ESF.

2.6 Fluxo do atendimento odontológico nas UBS

Segundo o Protocolo de atenção à saúde do governo do Distrito Federal (2016) o acolhimento do usuário é com a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência que disponibiliza, além do tratamento curativo, práticas educativo/preventivas. Devem ser incluídos, também, trabalhadores do território, como dos abrigos, instituições de longa permanência de idosos entre outros indivíduos em situação de vulnerabilidade que residem no território.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) o agendamento dos usuários torna-se recurso-chave tanto para garantir a segurança para o acolhimento quanto para a constância do cuidado. Ela deve ser dividida entre os constituintes da equipe de saúde. A programação e a organização da agenda são cruciais, assim como também é importante o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo indispensável, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo do indivíduo em espera, maior a chance de o mesmo procurar outros meios de resolver as suas necessidades, e maiores são as taxas de atraso ou falta dos pacientes agendados, agravando o acesso (BRASIL, 2013). A demanda de acesso ao

atendimento deverá seguir os princípios do acolhimento com identificação de necessidades. (BRASIL, 2018)

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2018) há 6 tipos de atendimentos disponibilizados nas UBS que são:

- A) Demanda espontânea e demanda programada: Atendimento sem marcação com escuta da equipe de saúde para análise e tratamento
- Demanda espontânea: Que pode ser sem queixas apenas para promoção de saúde, prevenção e/ou solicitações ou com queixas em caso de dor de dente, traumas bucodentoalveolar, abscesso bucal, dentre outros
 - Demanda programada: Se dá devido ao trabalho coletivo da equipe de saúde bucal nas escolas, creches ou mesmo na própria UBS.
- B) Consulta/atendimento de urgência: A urgência odontológica se dá por um atendimento realizado em pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas que são recebidos nas UBS, sem agendamento prévio. Diferencia-se do atendimento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) pelo reconhecimento prévio da comunidade, com a continuidade do cuidado e não apenas com um atendimento avulso.
- C) Primeira consulta programática: Se dá pelo ingresso do paciente na atenção de saúde bucal por meio de exame clínico odontológico com o intuito de diagnosticar e elaborar um Plano Preventivo Terapêutico (PPT).
- D) Consultas de retorno ou manutenção: São as consultas em que o indivíduo irá para realizar e concluir o tratamento.
- E) Alta clínica: É a finalização do tratamento previsto no PPT.
- F) Atenção domiciliar: É caracterizado por um conjunto de práticas de educação em saúde, orientações em saúde bucal, prevenção e assistência odontológica realizados no domicílio, estabelecendo uma rede de comunicação participativa também com a família. Essas atividades de assistência odontológica disponibilizadas no domicílio devem ser limitadas aos casos em que a equipe que acompanha o paciente achar necessário, considerando sempre as necessidades do paciente.

A sistematização da organização da demanda é reconhecidamente um dos 'maiores problemas encontrados no dia a dia dos serviços de saúde bucal, (...) em especial nas

atividades assistenciais'. O documento que orienta as ações da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família afirma a importância da área estar interligada com às demais ações promovidas pela equipe e sugere a necessidade de que trabalhadores e usuários debatam a organização da porta de entrada. Define também que a "ordem de chegada não deve ser o critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente" (BRASIL, 2008, P. 21-22)..

2.7 Equipamentos e materiais odontológicos nas UBS

Segundo Teixeira e Teixeira (2003) a promoção da cidadania de grande parcela da população depende da competência do setor público no suprimento adequado de ações e serviços de saúde. Esse desafio se mostra particularmente complicado em um contexto de demanda progressiva e restrição de orçamentos. Os recursos são insuficientes e as possibilidades de aplicação de subterfúgios de administração financeira, comuns em períodos inflacionários, são limitadas, portanto é preciso planejar as ações a serem postas em prática.

Moimaz et al. (2008) relata:

O modelo de financiamento da saúde do Brasil combina origens de recursos públicos e privados, mas estes ainda contam com as subvenções diretas e indiretas do Estado, ou seja, as ações e serviços de saúde implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento como: recursos das contribuições sociais dos empregados sobre a folha de pagamento, dos patrões sobre a folha, sobre o faturamento e sobre o lucro; e por parte dos recursos dos concursos prognósticos (loto, sena, supersena etc.) todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Esses recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares. É fundamental reconhecer que os recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde podem ser otimizados com um planejamento voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população.

A quantidade restrita de alguns materiais e equipamentos odontológicos pode prejudicar o andamento das demandas em saúde bucal dos usuários da atenção básica, interferindo na confiabilidade desse nível de atenção. O processo de vigilância dos serviços, incluindo a disponibilidade de insumos/ materiais e equipamentos,

desempenha um papel estratégico na identificação de falhas na atenção odontológica. (LIMÃO ET AL. 2016)

De acordo com Spezzia, Carvalheiro e Trindade (2014) outro aspecto que tem uma grande importância e que tem complicações específicas nessa questão é a falta de recursos direcionados à assistência de saúde pública odontológica. Na saúde bucal não é imposto uma porcentagem de verba que é separada do todo da parte da saúde. Na maioria dos debates, devido ao ocorrido, envolvendo tanto Congresso como a Conferência Nacional de Saúde, pretendeu-se ter um repasse regular para a saúde bucal.

Em um estudo realizado na cidade de São Paulo, Porto et al. (2015) constatou que Em relação às estruturas e equipamentos que as UBS possuem, o que chamava a atenção era que enquanto 87,7% das unidades tinham aparelho fotopolimerizador, apenas 40% das unidades tinha aparelho de radiologia odontológica e isto tem um impacto direto na dificuldade de diagnósticos, como em dentes que necessitem ou não de tratamento endodôntico ou em exodontia emergencial, o que resulta na necessidade de se encaminhar a outro serviço e leva ao atraso na resolução dos problemas.

Segundo Limão et al. (2016) pode-se afirmar que uma estrutura física prejudicada ou inapropriada pode impossibilitar a efetuação de um dos básicos e importantes princípios do sistema de saúde atual: a integralidade. Uma vez que a integralidade presume a prestação estendida do conjunto de ações e serviços, com intenção de garantir a proteção, promoção, cura e reabilitação dos pacientes e dos coletivos, se entende que a estrutura física prejudique de forma direta na sequência do cuidado à saúde.

3 Metodologia

FASES DA ELABORAÇÃO DO TRABALHO CIENTÍFICO.

Fase 1

- **Elaboração de projeto de pesquisa:** De agosto a dezembro de 2019.
- **Atividade de pesquisa:** De Agosto a Novembro de 2020.
- Análise dos dados e construção lógica do raciocínio e selecionados para revisão de literatura.

Fase 2

- **Tipo de estudo:** descritivo associado a uma revisão de literatura nacional, abrangendo artigos originais, consensos e artigos de revisão publicados com prioridade nos últimos 10 anos (2010-2020)
- **Critérios de inclusão:** Estudos relevantes e atuais que possuíam temas adequados ao objetivo proposto e que apresentassem ideias claras, objetivas e condizentes com o tema. Artigos em português. Textos disponibilizados nas referências deste estudo.
- **Redação do texto:** de Agosto a Novembro de 2020.

Fase 3

- **Termos/descriptores:** Serão utilizados os seguintes conjuntos de termos equivalentes em português: Odontologia, SUS, Equipe de Saúde Bucal, Unidades Básicas de Saúde.
- **Contas e análises de dados:** Coleta de dados nas seguintes bases de dados: Scielo, BVSMS, Lilacs.
- **Apresentação:** Dia 09/12/2020

4 Resultados

| | |
|------------------------------|---|
| CHAVES E MIRANDA, 2007 | <p>Segundo estudo de Chaves e Miranda (2007) foi apresentado o sentimento de frustração por parte dos cirurgiões-dentistas frente às expectativas iniciais no programa, mesmo que contidos, o qual abordavam sobre as idealizações da norma do PSF e as novas perspectivas de trabalho e exercício profissional na esfera pública. Desta forma, o PSF foi consignado como um ideal generoso, mas incoerente, sendo uma opção também insegura para os cirurgiões-dentistas. Sobressaiu-se a continuidade da sobrecarga de trabalho, carência de suporte tecnológico adequado, baixa remuneração, competitividade e da limitação da autonomia profissional. O estudo também relata sobre um dos principais motivos de insatisfação com o exercício profissional no PSF referiram-se às suas condições estruturais e organizativas, consideradas insuficientes ou inadequadas pela maior parte dos participantes do estudo. Notadamente, a falta ou insuficiência de insumos tecnológicos e a ausência ou dificuldade de manutenção sistemática dos equipamentos odontológicos. E no aspecto organizativo da demanda e atendimento dos serviços, preponderou a queixa, já mencionada, da desorganização e do excesso de demanda espontânea. A sobrecarga de demanda espontânea, o trabalho repetitivo e o excesso de atendimentos clínicos, curativos individuais, foram frequentemente citados como os mais relevantes dos problemas organizativos no PSF, associados, geralmente, ao desgaste pessoal dos cirurgiões-dentistas e ao comprometimento da qualidade de seus serviços.</p> |
|------------------------------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| PEREIRA <i>et al.</i> , 2008 | A implementação dessa técnica de saúde da família, considerada um eixo fundamental na estrutura da atenção básica, mesmo sob as normas do Sistema Único de Saúde (SUS), vem promovendo experiências em diversa, e na maioria dos casos, apresentando o modelo tradicional em novas formas. [...] não há uma atuação similar das equipes do PSF, de maneira que, mesmo com um discurso disfarçado de novo, o modelo de atenção individual curativa permanece sendo preservado de forma hegemônica. |
|---------------------------------|---|

| | |
|------------------------------------|--|
| ALMEIDA, ALVES E LEITE, 2009 | <p>A inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, através de incentivos financeiros a partir do ano 2000, representou a possibilidade de 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. No entanto, apesar de tais incentivos terem resultado em um crescente aumento de equipes de saúde bucal na ESF em todo o país, em um grande número de municípios tais equipes não absorveram a essência do programa, não conseguindo proporcionar uma maior aproximação do serviço com o cotidiano da família, mantendo, assim, o caráter individualista e tecnicista da abordagem odontológica tradicional. O estudo também relata que a saúde pública é um processo dinâmico que demanda a união de esforços individuais e institucionais, em que é necessário o debate constante de ideias e a conjunção de vontades para compatibilizar os interesses que viabilizam a ação social. Uma maior participação social na organização e avaliação dos serviços de saúde bucal no SUS é de fundamental importância para que se identifiquem as reais necessidades da população e, com isso, reduzam-se as dificuldades de percepção da dimensão sócio-histórica das práticas odontológicas e do potencial de alcance de sua intervenção social. No entanto, identifica-se, constantemente, que os profissionais de saúde bucal, no seu trabalho cotidiano, não participam dos espaços institucionalizados de controle social, excluindo, assim, o tema saúde bucal da pauta de debates destes espaços. Um dos efeitos mais nocivos de tal distanciamento é a dificuldade de novos modelos estratégicos de atenção à saúde bucal, para conseguirem se impor através do reconhecimento público de sua importância, permanecendo vulneráveis às instabilidades políticas determinadas pela alternância de gestores.</p> |
|------------------------------------|--|

| | |
|----------------------------------|--|
| CHAVES <i>et al.</i> , 2012 | <p>Questões importantes a respeito da atenção secundária odontológica têm sido discutidos como o difícil acesso, identificado pela maioria dos pacientes como a principal dificuldade; a taxa de utilização – levando em consideração a oferta prometida e a baixa utilização com possíveis embargos organizacionais; a realização de procedimentos típicos de atenção primária sem concordância com o objetivo central de assegurar a integralidade na saúde bucal por meio do acesso a procedimentos de maior complexidade tecnológica ; além da interface com a atenção primária e com os serviços privados odontológicos nas realidades estudadas.</p> |
| BONFADA, D. <i>et al.</i> , 2012 | <p>O grande desafio a ser enfrentado pelo setor saúde consiste em acabar com a lógica do sofrimento manifesto, da queixa-conduta e da fragmentação das intervenções terapêuticas, passando a trabalhar sob uma ótica integral, isto é, (re)pensando as práticas em saúde a partir da leitura ampliada da realidade de vida dos indivíduos, garantindo que as intervenções se dêem em consonância com as singularidades de cada um deles.</p> |
| JUNIOR <i>et al.</i> , 2012 | <p>O processo de trabalho dos profissionais de saúde está relacionado às condições organizacionais nas quais os serviços disponibilizados estão dispostos, sendo esse um dos fatores determinantes para a manutenção dos padrões de qualidades das ações em saúde desenvolvidas. A estrutura das unidades, que compreende não só o espaço físico em que ela se encontra, mas também equipamentos, materiais e medicamentos disponíveis, foi relatada como o principal problema que dificulta a execução dos serviços nas unidades (43%), seguido da escassez de profissionais (28%).</p> |

| | |
|----------------------------------|--|
| MATTOS <i>et al.</i> , 2012 | A abordagem da ESF para o trabalho do cirurgião dentista vai muito além do trabalho clínico, pois é uma lógica de pensar na saúde de forma integral e ampliada. No entanto, a formação acadêmica dos profissionais não contempla ainda estas questões, ou contempla-as apenas de forma pontual e isolada, o que reflete na falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a vivência do paradigma de promoção de saúde. |
| BULGARELI <i>et al.</i> , (2013) | Mesmo com o Ministério da Saúde (MS) confirmando que, com a inclusão da saúde bucal, a Equipe de Saúde da Família visa assegurar a atenção geral aos indivíduos e às famílias, argumenta-se em sentido oposto: na cotidiano, a ESF tem ficado condicionada somente à atenção básica, contrapondo outro princípio do atendimento integral, que presume acesso a todos os níveis de atenção, tal acesso que não é assegurado em todos as\ regiões em que a ESF vem sendo implementada. |
| KULIK, 2015 | A APS como estratégia só vai existir caso ela cumpra as suas funções que são a resolubilidade, em que tem que ter uma capacitação cognitiva e tecnológica. Comunicação das informações em comum com os diferentes componentes da rede e responsabilização, que acontece no relacionamento íntimo nos microterritórios sanitários. |
| NEVES, GIORDANI E HUGO, 2017 | Idealiza-se, assim, o desafio de construir uma atenção primária que, além de atender às necessidades de saúde, garanta a toda a população acesso e atendimento integral a serviços de saúde de qualidade, haja visto seu primordial papel de coordenar o cuidado em saúde ¹² . A sustentabilidade dos sistemas de saúde, baseada no modelo tradicional de atenção, apresenta evidente sinal de esgotamento, com questionamento sobre a cultura da busca pelo especialista e da oferta em regime de livre demanda. |

5 Discussão

A odontologia foi inserida no Programa de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde afim de dar assistência em saúde bucal para a população, passando a fazer parte de um sistema de saúde integral já pré-existente, no qual se visa o cuidado do indivíduo em geral, oferecendo cobertura nos diferentes níveis de atenção de acordo com a necessidade do mesmo. Esse programa criado em 2000 tem como base os princípios impostos pelas diretrizes do SUS que constituem uma saúde com foco não apenas na doença, mas sim no ser humano como um todo com suas limitações e complexidades.

A criação da Equipe de Saúde Bucal foi um grande marco tanto para a consolidação da odontologia na saúde pública, quanto na agregação de reforços para o acolhimento dos pacientes ao programa, por meio de ações e intervenções oferecidas a população em âmbito escolar, hospitalar e até mesmo domiciliar. Nos dias atuais ainda vemos que a desigualdade socioeconômica tem um papel negativo em relação a busca e procura dos atendimentos odontológicos pelo indivíduo, fazendo-se de suma importância a presença da ESB nos diversos territórios brasileiros para a captação de indivíduos ao sistema, cobertura e garantia da prevenção, tratamento e acompanhamento odontológico local e universal.

Porém, diante dos resultados obtidos podemos enxergar algumas falhas do sistema, que o impedem de seguir o fluxo inicial estabelecido para a estratégia sendo essa a importância desse estudo, afim de apresentar informações pertinentes as questões adversas ao proposto inicialmente pelo programa referente ao atendimento odontológico nas unidades básicas de saúde.

Vemos que na realidade do atendimento cotidiano os níveis de cobertura que deveriam ser disponibilizados de forma contínua e integral para esses pacientes inseridos, passam a se resumir basicamente em atenção primária. A dificuldade de acesso a atenção secundária faz com que os procedimentos oferecidos sejam basicamente procedimentos de rotina nas UBS, em alguns casos não concluindo o tratamento inicialmente proposto ou sanando a dor ou necessidade do paciente, assim deixando os indivíduos com necessidades mais complexas, descobertos, tendo de se locomover para lugares distantes para receber atendimento ou em filas de espera extensas na esperança de novas vagas, o que ocasiona nitidamente na

desvalorização ou descrença nas UBS, além da sobrecarga da atenção pela real necessidade de atendimentos e/ou urgência visto que estão susceptíveis a agravo da queixa inicialmente apresentada pela demora do atendimento na atenção secundária.

Segundo Porto (2015):

O grande desafio é poder oferecer atenção primária às famílias e poder oferecer tratamento odontológico mais complexo nas unidades básicas de saúde, em total harmonia com o SUS. Em alguns municípios brasileiros a atenção à saúde bucal no PSF tornou-se "a porta de entrada" do sistema, mas sem conseguir organizá-lo, em face de inexistirem recursos para atendimento de maior complexidade, ou seja, a população fica restrita a procedimentos básicos e por isso não recebe o tratamento completo.

Bulgareli *et al.* (2013) também descreve apenas a presença ou disponibilidade de um serviço não garante a acessibilidade, sendo preciso fracionar este grupo em acessibilidade geográfica (tempo e distancia de deslocamento, os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos e não áreas teóricas de jurisdição), alcance financeiro, acessibilidade cultural e acessibilidade funcional (os serviços devem ser ofertados de oportuna e com continuidade, assim como também, devem estar disponíveis a todo momento, atender à procura real e incluir um sistema de referência que assegure facilidade no acesso ao nível de assistência que demanda).

Ou seja, para que haja mudança nessa forma de fazer a odontologia nas UBS é necessário que sejam avaliadas também questões extra muro das unidades de saúde, com uma estratégia de políticas públicas assertiva que tenha como base a localização geográfica do local destinado ao atendimento bem como as formas na qual o paciente irá se dirigir a elas além de estrutura do local com materiais e equipamentos disponíveis para a realização dos mais diversos procedimentos, acesso fácil ao serviço sem burocracia ou falta do atendimento e disponibilidade desse atendimento contínuo para que a qualquer momento do dia o indivíduo possa comparecer e receber o atendimento devido para a sua queixa.

O esforço necessário da gestão setorial é produzir mecanismos que induzam à reorganização do processo de trabalho, particularmente na forma como as equipes de saúde bucal se relacionam com as necessidades de seu território, e criar formas participativas e integradas de porta de entrada que ampliem o acesso e garantam a integralidade do cuidado. (CASOTTI *et al.*,2013)

Outro ponto a ser discutido seria o modelo de atenção que foi inicialmente criado buscando ser humanizado, integral e igualitário, no entanto atualmente ainda

encontrado em alguns postos como e na verdade curativista, individualista e tradicional, assim acaba indo no caminho contrário do que orienta as diretrizes impostas pelo SUS, como cita Pereira *et al* (2008), uma hipótese para a existência desse quadro é que a integração das equipes de saúde bucal nas unidades de saúde da família não resultou em mudança no processo de trabalho. Ao que se percebe, a prática das equipes continua sendo executada no modo tradicional, proporcionando baixo impacto e cobertura, sendo um processo de trabalho que continua sendo pautado na abordagem curativo-reparadora.

Um fator que pode gerar tal divergência dentro das UBS se dá ao modelo de ensino oferecido durante as graduações, pois na maioria das instituições de ensino em odontologia a formação do cirurgião-dentista tende a ser de forma elevada elitista e tecnicista, dando mais ênfase para as ciências básicas do que os aspectos de promoção e prevenção à saúde, sendo voltada para a prática liberal (FEIXINHO E CHEVITARESE, 2010). Também se deve a não fiscalização pela administração dos serviços de atenção primária e não participação da população nas políticas de saúde pelos instrumentos de controle e participação social.

De acordo com Neves, Giordani e Hugo (2017):

Após mais de uma década de vigência da PNSB, ainda se observa um fenômeno de universalização excludente e integralidade seletiva das ações e serviços básicos de saúde bucal ofertados à população. Logo, a avaliação e a gestão dos serviços de atenção primária devem valorizar os componentes de estrutura e sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde, visando alcançar resultados positivos no estado de saúde dos indivíduos e da população.

De acordo com Almeida, Alves e Leite (2009) Isto ressalta a vinculação obrigatória entre educação e saúde, tanto corrigindo falhas inerentes à formação do profissional, como também para incutir a responsabilidade de cada cidadão no processo de materialização do SUS como política de saúde. A saúde pública é um processo que está em constante movimento que tem necessidade de união de esforços individuais e institucionais, em que é necessário o debate constante de ideias e a conjunção de vontades para compatibilizar os interesses que viabilizam a ação social. Uma maior participação social na organização e avaliação dos serviços de saúde bucal no SUS é de fundamental importância para que se identifiquem as reais necessidades da população e, com isso, reduzam-se as dificuldades de percepção da

dimensão sócio histórica das práticas odontológicas e do potencial de alcance de sua intervenção social.

Outro ponto pertinente a ser comentado é referente as condições de trabalho disponibilizados para que os cirurgiões-dentistas atuem dentro das UBS. Materiais e insumos insuficientes, precários ou inexistentes são algumas situações encontradas dentro dos postos, dificultando ou inviabilizando um atendimento de qualidade atendendo as diversas necessidades dos pacientes além de interferir diretamente na produtividade e eficiência dos cirurgiões dentistas nos atendimentos.

Como relata Neves, Giordani e Hugo (2017)

As exposições avaliadas no nível da equipe de saúde evidenciam a importância da disponibilidade de equipamentos e insumos para a atenção odontológica, enfatizando que atenção odontológica de qualidade requer a presença de equipamentos, instrumentais e insumos mínimos e adequados. Um recente estudo sueco concluiu que a estrutura física do ambiente de trabalho influencia diretamente a produtividade e a eficiência dos dentistas. Já no Brasil, a evidência científica aponta para a necessidade de melhorias nas condições de trabalho, bem como na infra - estrutura para o trabalho do dentista no SUS.

Segundo Limão (2016) a carência de matéria-prima, equipamentos e capital, afeta de forma negativa o desempenho da prática odontológica, impossibilita que seja dada uma atenção adequada à saúde, dessa forma limitando o poder de resolução do serviço oferecido, o que acaba despertando na população a sensação de desacreditar nesse serviço. É importante ressaltar que essa falta de recursos é mencionada pelos próprios usuários do serviço como um dos principais motivos por qual os mesmos não comparecem aos atendimentos agendados.

É possível observar de acordo com o que é apresentado pelos autores, que a abordagem de trabalho curativista e ainda muito utilizada e a precariedade de recursos e materiais para o atendimento são elementos particulares, porém estão correlacionados e prejudicam o funcionamento do programa já que dessa forma a assistência prestada aos usuários se torna incompleta.

De acordo com JUNIOR *et al.* (2012) o modelo de assistência que é preconizado pela ESF se posiciona a favor de uma assistência integralizada ao indivíduo, sendo importantíssimo que se tenha condições mínimas necessárias para a execução das práticas que ultrapassem o modelo biomédico. Porém a falta de profissionais, junto a deficiência de equipamentos e recursos, acaba dificultando a execução do trabalho, deixando o sistema de saúde do país obsoleto, gerando uma

grande carga aos macrocomponentes dos níveis de média e alta complexidade em saúde.

Dentre as limitações do estudo ressalta-se a falta de literatura ou estudos atuais direcionados ao tema, tornando nitidamente complicado se deter apenas aos tais textos publicados dentro de um período de 5 anos como o ideal, além da escassez de conteúdo estrangeiro por se tratar de um assunto pertinente ao sistema de saúde exclusivamente brasileiro, diminuindo o leque de fontes de informações sobre o assunto.

6 Considerações finais

O planejamento de funcionamento da odontologia nas UBS é tecnicamente impecável e funcional visto que é organizado para um atendimento voltado para o acolhimento, a integralidade, universalidade e equidade como o previsto na diretriz do próprio Sistema Único de Saúde. Porém no dia a dia algumas práticas se tornam incoerentes dificultando tanto o serviço do profissional cirurgião dentista como o acesso ao mesmo pelos indivíduos.

Evidências mostram a necessidade de reestruturação do processo de trabalho tendo em vista a garantia da acessibilidade de todas as atenções ao usuário, de um vínculo direto entre a saúde e a educação afim de evitar falhas na formação do profissional, proporcionando a experiência da saúde pública ainda na passagem pela graduação e da melhoria dos recursos para uma melhor efetividade e realização dos procedimentos.

Também se preconiza a importância da participação e assiduidade dos profissionais e usuários nas políticas públicas afim de avaliar e discutir pautas relevantes para a busca de melhorias e cumprimento dos direitos impostos na lei.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Anderson Barbosa *et al.* Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 126-132, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Andressa%20Aquino/Downloads/14369-Texto%20do%20artigo-60473-2-10-20100507.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

ANTERO, S. A. Monitoramento e avaliação do Programa de Erradicação do Trabalho Escravo. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 5, p. 791-828, 2008

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 7, n.4, 709-717. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14600.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2019.

BOARETO, Patrícia Pinho. **Inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF)**. Campos Gerais - MG: [s. n.], 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2630.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2019.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_d_e_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, [2020]. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 19 out. 2019

BRASIL. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF: Senado Federal, p. 1-20, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 31 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.142/90, de 19 de setembro de 1990. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF: Senado Federal, p. 1-20, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 31 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde . Caderno de Atenção Básica, nº 17. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**: Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 19 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde . Material de apoio a auto avaliação para as equipes de Atenção Básica. **Secretaria de Atenção a Saúde**, Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal no Sistema Único Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde**, Brasília, DF: [s. n.], 2018. 354 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal reforça a importância da promoção da saúde da boca. Brasília, **Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS)**, [S. l.], p. 1-7, 20 mar. 2019. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/5274#:~:text=As%20equipes%20de%20Sa%C3%B Ade%20Bucal,mil%20a%204%20mil%20pessoas>>. Acesso em: 3 mar. 2020..

BULGARELI, Jaqueline Vilela *et al.* Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Revista de Odontologia UNESP**, São Paulo, p. 229-236, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n4/01.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

CALDEIRA, Patricia Dias de Godoy. **Inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família**. 2010. Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Monte Carlos - MG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1020.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

CARREIRO, Danilo Lima *et al.* Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 1021-1032, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n3/1413-8123-csc-24-03-1021.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2020.

CASOTTI, Elisete *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 140-157, 20 ago. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0140.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2020.

CAVALCANTI, Y. W. *et al.* Avaliação de Usuários da Atenção Básica sobre a Implantação de Protocolo de Assistência Integral Odontológica. **Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 3, p. 405-412, 2012

CHAVES, Mônica Campos *et al.* Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. **Interface - COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO**, [S.l.], v. 12, p. 153-67, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2008.v12n24/153-167/pt>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

CHAVES, Sônia Cristina Lima *et al.* Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 17, p. 3115-3124, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a26.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2020.

COELHO, Mânia de Quadros *et al.* A Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Arq. Odontol.** [online], Belo horizonte, vol.47, n.2, pp. 65-72, 2011. Disponível em:

<<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v47n2/a02v47n2.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2020.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.** [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade_05/unidade05.pdf>. Acesso em: 27 set. 2019.

FREIXINHO, Ana Beatriz da Silva; CHEVITARESE, Leila. Abordagem na formação do cirurgião dentista clínico geral para atuar no serviço público e privado. Revolução na prática de ensino. **Revista ABENO**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 14-18, 2010. Disponível em: <<http://abeno.org.br/ckfinder/userfiles/files/revista-abeno-2010-1.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. [Constituição (2016)]. **Protocolo de Atenção à Saúde: Odontologia Na Atenção Primária.** Brasília: [s. n.], 2016. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/7.-Odontologia_na_Atencao_Primaria.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

JUNIOR, Raimundo Gonçalves de Oliveira *et al.* Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/condicoes_trabalho_equipes_saude_familia.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2020.

KULIK, Marco Antonio. **Como os Integrantes Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde conhecem e praticam os conteúdos de odontologia - Análise de um Caso.** 2015. Dissertação (Mestre de Ciências Odontológicas) - Universidade de São Paulo, SP, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Andressa%20Aquino/Desktop/TCC/Artigos/MarcoAntonioKulikVersaoOriginal.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

LIMÃO, Nayara Pereira *et al.* Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as Unidades de Atenção Primária à saúde. **Rev Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 84-92, jan./mar. 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/408/40846964012.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2020.

MATOS Pes, TOMITA Ne. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos polos de capacitação. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1538-1544, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/11.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2019.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MATTOS, Grazielle Christine Maciel et al . A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200373&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 nov. 2020.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba *et al.* Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal:: uma análise qualitativa. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1121-1135, nov./dez. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rap/v42n6/05.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2020.

NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; HUGO, Fernando Neves. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva.**, [s. l.], v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n5/1809-1820/pt>>. Acesso em: 13 set. 2020.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan.-mar. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2020.

PAVONI, Daniela Soccoloski Pavoni Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2019.

PEREIRA, Carmen Regina dos Santos *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/05.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2020.

PERES, Karen Glazer *et al.* Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev Saúde Pública**, [S.l.], v. 46, n.2, P. 250-258, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3454.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2019.

PINTO, R. S.; MATOS, D. L.; LOYOLA FILHO, A. I. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. **Ciência & saúde coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 531-544, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a26v17n2.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

PORTO, Ligia Coutinho *et al.* Avaliação das competências dos cirurgiões dentistas que atuam nas Equipes de Saúde da Família do Município de São Paulo, na percepção dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde. **Revista UNINGÁ Review**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 16-22, abr./jun. 2015. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2015/sms-9732/sms-9732-6684.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2020.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. [S. l.: s. n.], 2011. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade_04/unidade04.pdf>. Acesso em: 19 out. 2019.

RELATÓRIO 30 anos de SUS, que SUS para 2030?. [S. l.]: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018. 222 p. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Serie-30-ANOS-RELATORIO-GERAL.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2019.

Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2871-280, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/16.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2019.

SCHERER, Charleni Inês *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, RJ, V. 42, número especial 2, P. 233-246, out. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0233.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2019.

SILVA, Mariana Carvalho Batista da; SILVA, Raimundo Antônio da; RIBEIRO, Cecília Cláudia Costa; CRUZ, Maria Carmem Fontoura Nogueira da. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 12, ed. 5, p. 1237-1246, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/15.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2019.

SOARES, Felipe Façundes *et al.* Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, 586-596, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00586.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.

SOBRAL, Ana Paula Taboada. **Análise do custo-efetividade de materiais odontológicos utilizados na técnica de tratamento restaurador atraumático (ART) em saúde pública**. 2016. 74 p. Dissertação (Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde.) - Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://repositorio.uninove.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/1248/Ana%20Paula%20Taboada%20Sobral_Disserta%c3%a7%c3%a3o%20_Vers%c3%a3oFinal%20.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 out. 2020.

SPEZZIA, Sérgio; CARVALHEIRO, Elisângela Mara; TRINDADE, Larissa de Lima. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 109-13, 2015. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v72n1-2/a21v72n1-2.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2019.

Teixeira C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador; 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], ano 2, v. 8, p. 379-391, 2003. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2003.v8n2/379-391/pt>>. Acesso em: 13 out. 2019.