

# A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um desafio para a interação com o SUS



### Érica Mascarenhas Soffritti

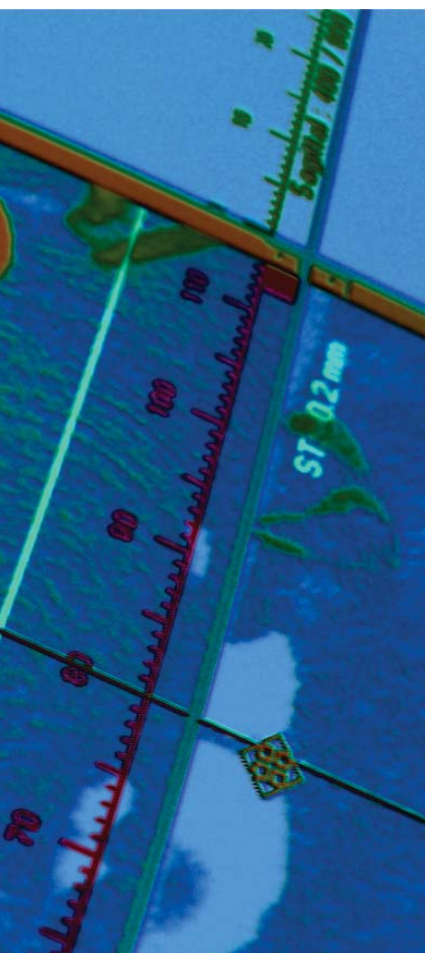
Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro;  
Especialista em Saúde da Família pela Universidade Castelo Branco;  
Especialista em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz

**PALAVRAS-CHAVE:** Inserção;  
Saúde Bucal; Estratégia  
Saúde da Família; Sistema  
Único de Saúde.

**KEYWORDS:** *Insert;  
Oral Health; Family Health  
Strategy; Health System.*

**RESUMO:** O objeto deste estudo são os desafios enfrentados pela inserção da saúde bucal na equipe de saúde da família. O objetivo geral é a reflexão sobre as principais dificuldades enfrentadas visando à interação das práticas de saúde bucal com o Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo específico é reforçar o papel da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) e ressaltar a necessidade de adequar os seus profissionais a esse novo contexto de trabalho. Para discutir o assunto, foram analisadas publicações científicas que abordam essas dificuldades, como a universalização do acesso, a contextualização da promoção de saúde bucal na ESF, a adequação dos profissionais de odontologia e a vivência multiprofissional. Concluiu-se que os desafios enfrentados pela inserção da saúde bucal na ESF são muitos e a criação de espaços para a reflexão desses desafios se constitui em peça fundamental para a modificação das práticas dos serviços públicos de saúde e, com isso, uma reorientação do modelo assistencial no SUS.

**ABSTRACT:** *The object of this study is the challenges faced by the inclusion of oral health in the family health team. The overall objective is to reflect on the problems faced in order to interact with the practices of oral health with the Health System (SUS). The specific objective is to strengthen the role of dentistry in the Family Health Strategy (ESF) and underscore the need to adapt their professional work in this new context. To discuss the matter, were analyzed scientific publications that address these difficulties, such as universal access, the contextualization of oral health promotion in the ESF, the adequacy of dental professionals and multidisciplinary experience. It was concluded that the challenges faced by the inclusion of oral health in the ESF are many and creating spaces for reflection these challenges constitutes cornerstone for the modification of the practices of public health services and, therefore, a reorientation of care model in the SUS.*



## INTRODUÇÃO

Durante anos foram estabelecidos vários modelos de atenção à saúde no país e o Sistema Único de Saúde (SUS) sofreu inegáveis transformações (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219). Em 1994, o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa de Saúde da Família (PSF) que vem se destacando como estratégia para reorganização do sistema de atenção básica à saúde, visando principalmente à reversão do modelo assistencial vigente, por meio da mudança do objeto da atenção, da forma de atuação e organização geral dos serviços, estruturando a prática assistencial em novas bases e critérios. É uma proposta sintonizada com os princípios do SUS e voltada para a abordagem da promoção da saúde (COSTA; CARBONE, 2004, p. 8).

Verifica-se que muitos municípios reorganizaram suas práticas sanitárias construindo modelos alternativos de atenção à saúde. Mediante isso, a discussão sobre a inserção e o papel das diferentes categorias profissionais no SUS tem tido cada vez mais espaço, principalmente em função do momento de mudança dos paradigmas que suportam os diferentes modelos (AERTS; ABEGG; CESA, 2004, p.132).

Conforme essas observações e a necessidade de reflexão a respeito das perspectivas de consolidação do PSF e dos possíveis avanços do SUS, o presente estudo se propõe a discutir, após análise das publicações científicas, os desafios enfrentados pela inserção da saúde bucal na equipe de saúde da família, visando à interação das práticas de saúde bucal com o SUS. Assim como reforçar o papel da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) e ressaltar a necessidade de adequar esses profissionais ao novo contexto de trabalho.

### ***UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO***

Os dados sobre acesso a serviços odontológicos no Brasil mostram que um baixo percentual da população refere alguma modalidade de assistência odontológica (LEAL; TOMITA, 2006, p. 158). A comparação de dados entre a pesquisa divulgada em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a de 2008 pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apresenta uma melhora no acesso da população ao atendimento, no entanto, o número dessa demanda ainda é considerado elevado se o percentual for calculado para toda a população do país (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2010).

O projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira, realizado nos anos de 2002 e 2003, constatou que existem desigualdades regionais marcantes, piores proporções

na Região Norte e melhores na Região Sul (BRASIL, 2004).

O Brasil tem um efetivo de dentistas entre os maiores do mundo (cerca de 220.000 cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Federal de Odontologia, o que corresponde a 20% do total mundial de CDs), mas a distribuição interna é desigual. A fixação de profissionais no interior do país, e a formação voltada para atender no âmbito da saúde coletiva são os principais desafios (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). No estudo de Leal e Tomita (2006), os gestores entrevistados apresentam percepção da dificuldade de acesso à atenção odontológica nos serviços públicos ofertados em seus municípios e propiciam uma reflexão sobre as principais dificuldades no enfrentamento da equação demanda-efetividade da assistência odontológica. Algumas percepções expressas por responsáveis pela elaboração de políticas de saúde demonstram o paradoxo de conhecer princípios

importantes que norteiam o SUS, que, contudo, não balizam, na prática, o planejamento das ações programáticas em saúde bucal.

Observa-se que, sob o pretexto de um patrimônio herdado dos programas centrados no atendimento à saúde do escolar, o acesso do “restante” da população à assistência odontológica ocorre de maneira desigual, não organizada e os indicadores empíricos que mostram a baixa efetividade deste sistema são as filas de usuários à espera de atendimento (LEAL; TOMITA, 2006, p. 159).

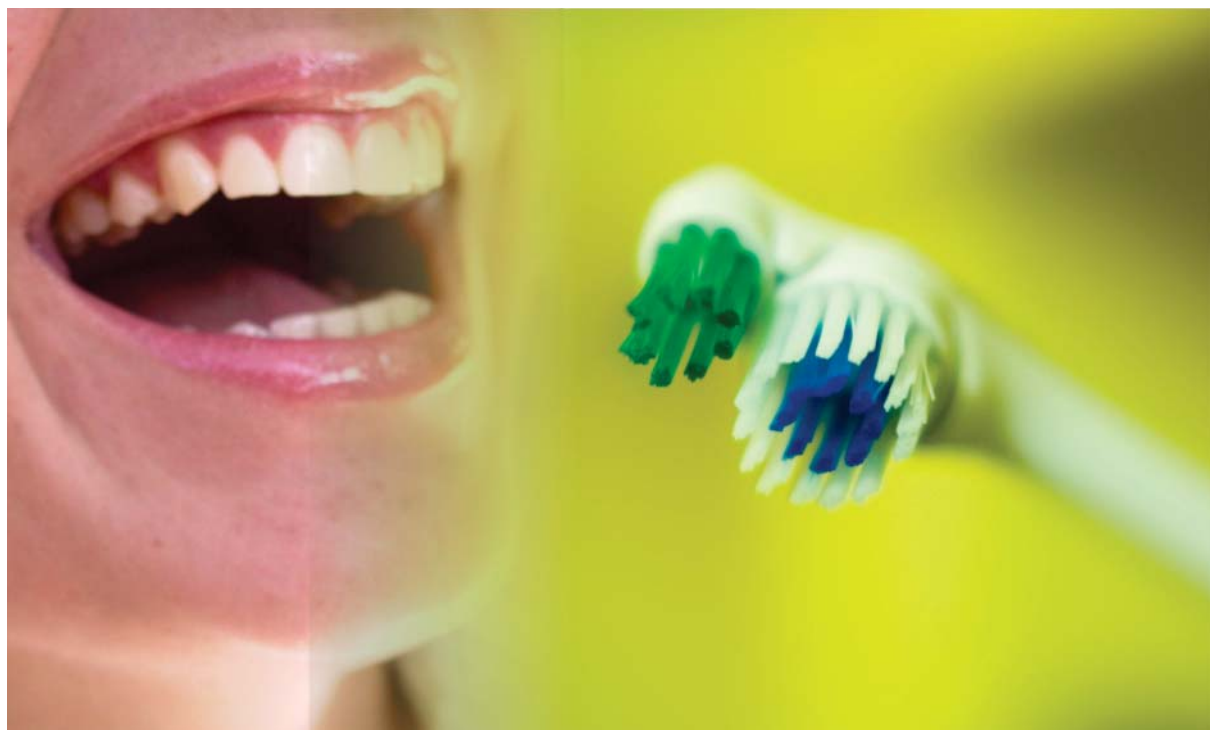
### ***CONTEXTUALIZANDO A PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA ESF***

Com o desenvolvimento da biologia, da microbiologia e a conseqüente descoberta dos microorganismos causadores de doenças, a medicina teve um grande impulso e buscou se estruturar como prática científica. Houve um forte estímulo para a especialização e para as atividades de pesquisas, visando ao conhecimento das doenças no corpo dos indivíduos e intervenções para a sua reparação (OLIVEIRA; LIMA JÚNIOR; SOARES; MAIA, 2008, p. 75).

Os interesses econômicos e as necessidades de acúmulo de capital estimularam um modelo de assistência à saúde baseado no consumo de consultas médicas, procedimentos, equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar (BRASIL, 2005).

O trabalho odontológico caracteriza-se por forte vinculação à tecnologia, com níveis crescentes de sofisticação, custos elevados e, por isso, baixa permeabilidade à população, não permitindo à maioria das pessoas alternativa à submissão à intervenção mutiladora - protética de baixa qualidade, como forma de alívio ao problema, com menor custo possível. Em decorrência dessas características históricas, somadas à conjuntura de política universitária no Brasil, a atual crise deste modelo de odontologia já se prenunciava há décadas, por razões como a falta de impacto social, baixa eficácia e grande dificuldade de acesso aos serviços (SILVEIRA FILHO, 2002, p. 28).

A concepção do processo saúde-doença tende a ficar reduzida ao biológico, excluindo-se outros componentes subjetivos e sociais que possam estar envolvidos. Podemos dizer que esse modo predominante das práticas em saúde resulta em limites importantes na percepção das



necessidades de atenção e na efetividade das intervenções (BRASIL, 2005).

Outro aspecto a ser destacado é que não é apenas a subjetividade do usuário que tende a ser desconsiderada, mas também a subjetividade dos profissionais. As concepções dos profissionais sobre o sistema de saúde e o serviço público, as concepções sobre o direito do usuário e o envolvimento com o trabalho podem, por exemplo, influenciar na atenção prestada ao usuário. Nesse sentido, podemos nos lembrar dos profissionais que, em condições de trabalho semelhantes, se responsabilizam e tratam de forma diferenciada o usuário caso ele seja do serviço público, do convênio ou do consultório particular (BRASIL, 2005).

A educação em saúde tem sido praticada pelas equipes de saúde bucal (ESBs), porém geralmente abordada de maneira tradicional, sem a participação da comunidade nesse processo, restringindo-se, na maioria das vezes, a palestras ou vídeos educativos. Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo. É fundamental o relacionamento do cirurgião-dentista com os outros integrantes da unidade básica de saúde (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219).

Os métodos preventivos tradicionais estão ancorados em percepções do modo de aprender baseado na memorização de informações, o que não satisfaz o objetivo do SUS, que é a transformação do conhecimento capaz de efetivar-se em geração de autonomia dos próprios cuidados com a saúde (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219).

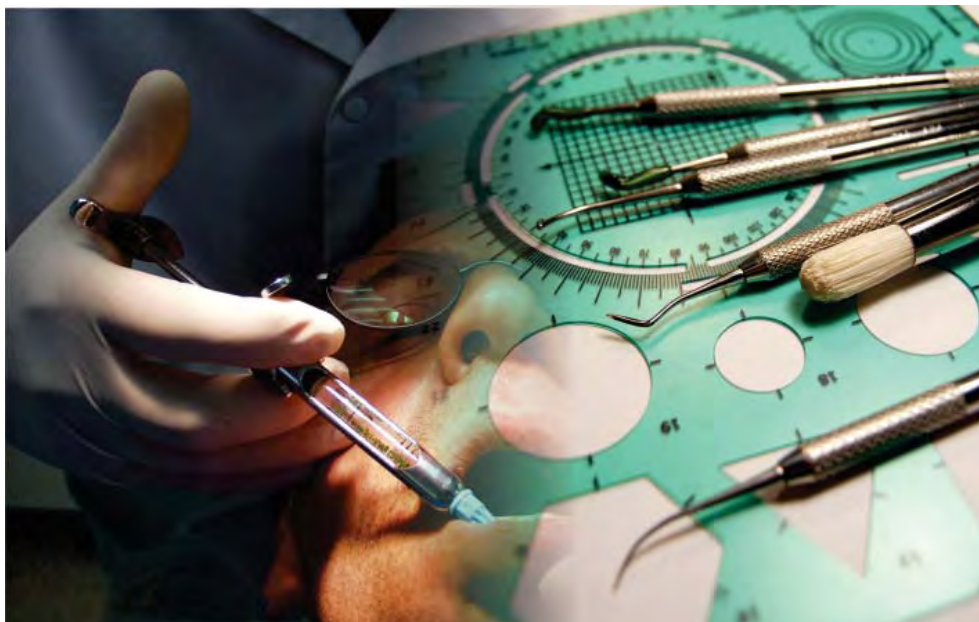
Vale assinalar que está ocorrendo uma relevante evolução na filosofia de educação e treinamento dos recursos humanos, refletindo-se na clínica sob a forma de uma sensível mudança no paradigma de prática da profissão em vários países do mundo. Apesar da enorme letargia das faculdades em atualizar os seus arcaicos currículos em sintonia com os novos conhecimentos, mesmo no Brasil já se observa uma

nítida tendência mudancista que está atingindo até mesmo os outrora inexpugnáveis “Templos das restaurações”. Tudo isso tendo como pano de fundo uma sensível evolução dos indicadores socioeconômicos e culturais de diversos países (KRIGER, 2003, p. 13).

O marcante declínio na prevalência e na severidade das doenças cárie e periodontal, embora as razões para esse declínio não estejam ainda integralmente esclarecidas e dimensionadas, certamente guarda relação direta com o aumento e a universalização da exposição das pessoas ao flúor em suas variadas formas de administração (KRIGER, 2003, p.13).

Por outro lado, alguns acreditam ainda que, embora o consumo total de sacarose não tenha declinado na maior parte dos países (e até mesmo tenha aumentado em alguns deles), está em marcha uma mudança no seu perfil de consumo pelas crianças e adolescentes, o que significaria que provavelmente temos uma

A educação em saúde tem sido praticada pelas equipes de saúde bucal (ESBs), porém geralmente abordada de maneira tradicional, sem a participação da comunidade nesse processo



dieta menos cariogênica hoje do que há 15 ou 20 anos (KRIGER, 2003, p.14).

No entanto, o impacto das expressivas reduções já descritas em inúmeras populações ainda não foi suficientemente forte para conseguir excluir as doenças mediadas por placas bacterianas da lista das condições mórbidas que mais flagelam os seres humanos, e cujo tratamento mobiliza grandes volumes de recursos financeiros. O tratamento odontológico, na maioria dos países industrializados, inscreve-se entre as principais fontes de despesas relacionadas com a manutenção de saúde (KRIGER, 2003, p.14).

## A NECESSÁRIA ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

### *NA QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE*

O modelo de formação universitária em saúde

vigente no país historicamente tem definido um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos, o que não é adequado à filosofia de trabalho do PSF (CARVALHO; PAVIANI; CORRÊA, 2004, p. 176). Além disso, os cursos de graduação não contêm, na grade curricular, o treinamento para o trabalho em equipe multiprofissional dificultando o estabelecimento das rotinas práticas dos serviços (PIRES, 2009, p. 154).

Por muitos anos, para a maioria dos trabalhadores em saúde, o trabalho em saúde pública foi considerado como de pouca relevância, não sendo também prioridade, tanto na formação acadêmica quanto na busca de aperfeiçoamento para os profissionais dos serviços (CARVALHO; PAVIANI; CORRÊA, 2004, p.176). Com isso, grande parte dos egressos das mais diferentes graduações do país ainda chega ao campo de trabalho sem ter claramente o conceito nem a forma de operacionalizar, na prática, a promoção da saúde (MATOS; TOMITA, 2004, p. 1542). E, apesar do esforço realizado, não se obtém o impacto esperado e os usuários dos

serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi “ensinado” (BARROSO, 2006, p. 184).

Só recentemente, as novas diretrizes curriculares do Ministério da Educação (MEC) apontam para uma integração serviço-ensino-pesquisa, favorecendo um perfil de egresso mais adequado à realidade social do país e contribuindo para uma ação-intervenção transformadora dos modelos vigentes (MORITA; KRIGER, 2006, p.20).

A distribuição dos profissionais que atuam no PSF por faixa etária mostra que a maior parte (68%) tem menos de 40 anos de idade. Um terço tem menos de 30 anos, o que caracteriza uma força de trabalho bastante jovem. Sobre a escolaridade, 84% do total de CDs cadastrados aparecem como somente graduados. Nas ESBs esse percentual é ainda maior (92%). Analisando em conjunto com a informação sobre a idade dos profissionais, esses dados evidenciam o PSF como oportunidade de primeiro emprego e, ao mesmo tempo, também reforçam a necessidade de se promover a educação permanente e o estímulo à atualização e ao desenvolvimento profissional das equipes (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Esse quadro vem acompanhado de desafios para a adequação da formação para o trabalho em consonância com os princípios do SUS e da necessidade de se promover uma melhor distribuição de profissionais entre as regiões brasileiras (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). Para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo perfil de profissional, salientando que, se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia a dia. A Estratégia Saúde da Família trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de novos padrões de excelência (GARCIA; PINTO; ODONI; LONGHI; MACHADO; LINEK; COSTA, 2007, p.149).

### ***NAS FORMAS CONTRATUAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA***

A alta ocorrência de cárie e a vigência de um modelo de prestação de serviços tradicionalmente focado na doença e no sistema privado concretizaram ainda mais o pensamento de que quanto maior o número de cirurgiões-dentistas no mercado, melhores seriam as condições de saúde bucal da população. Entretanto, o excesso de profissionais só foi sentido após os anos 1980, com o aumento da oferta de serviços e a redução da procura motivada pela recessão econômica e pelo desenvolvimento de tecnologias preventivo-promocionais, como a fluoretação da água e os dentifrícios fluoretados (AGRIPINO; SULIANO; SERRA; SOUZA, 2007, p. 213).

Acrescenta-se, também, a essa crise de mercado a concentração de profissionais em grandes centros urbanos, como foi mencionado anteriormente, sendo geralmente menor a escolha de pequenas cidades e zonas rurais para atuação. Estados como Roraima, Acre e Amapá são considerados receptores de profissionais. O local de graduação tem forte relação com o local de exercício profissional (86% inscrevem-se no mesmo estado e 12% migram para outro estado depois de iniciada atividade profissional). Assim, uma grande demanda reprimida de pessoas carentes de tratamento foi formada entre aquelas que não tiveram acesso a serviços curativos nem se beneficiaram das ações preventivas (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). Nas últimas décadas o exercício da profissão de CD tem passado por profundas modificações, resultado da influência de diversos fatores. Percebeu-se a progressiva incorporação de tecnologia, de especialização, a redução de exercício liberal estrito, a popularização dos sistemas de odontologia de grupo, o aumento do percentual de profissionais com vínculo público, sobretudo com o crescimento expressivo dos postos de trabalho na rede pública de serviços de odontologia. A participação

do CD na ESF e o surgimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na rede do SUS têm grande impacto nesses números. O aumento de registros no Conselho Federal de Odontologia (CFO) em 2007 de concluintes do curso de graduação de odontologia revela reaquecimento da profissão. Os concluintes, em geral, se inscrevem no CFO no ano subsequente (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

A seleção dos profissionais para integrar as equipes do PSF realizou-se, em várias localidades, sem processo seletivo. O estudo de Souza (2005) apud Araújo (2006) sobre a incorporação da saúde bucal no PSF no Rio Grande do Norte aponta a precária relação de trabalho, evidenciada pelas formas informais de vinculação e de contratação desses profissionais, observando-se um grande número de dentistas mantendo uma relação com o município, firmada por meio de contratos temporários e com seleção por indicação. A inclusão do cirurgião-dentista, tal como ocorre com outros profissionais, é definida por relações pessoais e políticas. No momento em que as ESBs foram contratadas, os profissionais passaram a ser capacitados, durante uma semana, para o trabalho no PSF.

Hoje a relação com o mercado é instável, com precariedade de vínculos, chocando-se com a necessidade de estabelecimento de vínculo com o território, estipulada na ESF, segundo o MS. As desmotivações com as condições de trabalho, infraestrutura e incentivos, a ausência em muitos setores de planos de carreira e remunerações inadequadas são mais algumas questões que devem ser realmente postas em reflexão para a busca de soluções (GIL, 2005, p. 491; MEDEIROS, 2007, p. 380).

### ***VIVÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: UMA PROPOSTA PARA AGREGAR SABERES***

Entende-se que a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo original em que

outros serviços especializados derivaram. Os trabalhos que se separam ou se agregam às atribuições do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais que são necessárias à totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social. Isso significa que algumas profissões são “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto diferenças quanto desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes - sujeitos do trabalho (PEDUZZI, 2001, p. 103). Os profissionais de saúde, médicos e não médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual. Assim, a reiteração das relações de subordinação pode ser compreendida considerando-se a tendência dos sujeitos de reiterar as práticas sociais de seu tempo histórico, e a alienação do agente de sua própria capacidade de ser sujeito no sentido de posicionar-se diante das situações e tomar decisões, ciente das regras e dos valores que fundamentam os consensos (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 455).

Nesse sentido, observa-se que, na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe. À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre



trabalho e interação, quanto mais próximo do estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho (PEDUZZI, 2001, p. 103).

O planejamento e a avaliação das ações concentram-se nos profissionais de nível superior, de forma individualizada. A programação, realizada nesses moldes, é socializada na reunião semanal de equipe, na qual os agentes comunitários e os profissionais de nível médio não se sentem à vontade para opinar sobre o que está sendo proposto. Nesse sentido, pode-se inferir que as decisões relacionadas à concepção do trabalho não têm sido compartilhadas por todos. Esse fato acaba por comprometer a construção do projeto comum, uma vez que este pressupõe a participação de todos os membros nos diversos momentos do processo de trabalho (SILVA, 2005, p. 31).

As ações em equipe não pressupõem abolir as especificidades de cada categoria profissional, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os profissionais de saúde destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada categoria, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas. No entanto, também expressam a necessidade de flexibilizar a divisão das tarefas. Entende-se flexibilidade como a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais há integrados saberes provenientes de distintos campos como

As ações em equipe  
não pressupõem abolir  
as especificidades de  
cada categoria  
profissional

recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2000).

De acordo com Araújo (2006) há falta de integração do cirurgião-dentista com todos os outros profissionais da equipe nuclear, principalmente com os agentes comunitários de saúde, que poderiam auxiliar na captação dos grupos prioritários.

É preciso construir conjunta e participativamente a adesão da população, a execução do trabalho focado na família e na comunidade com equidade e co-responsabilidade na integralidade das ações, garantindo a resolutividade (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 150). É fundamental também ouvir, cuidar e atender com qualidade, ampliando o acesso e resgatando o legítimo papel da saúde bucal no contexto da saúde, com ações odontológicas articuladas à saúde geral e através de ações inter-setoriais (CARVALHO; PAVIANI; CORRÊA, 2004, p. 176). Condições de trabalho, salários, competências e responsabilidades são temas que mais promovem a segmentação dentro da equipe, são fatores que dificultam a autoconsideração por parte da equipe como um coletivo organizado para a produção de ações de saúde (PEDROSA; TELES, 2001, p. 303).

Há possibilidade de construção de uma equipe integrada, mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais. Desde que haja complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica e não haja independência dos projetos de ação de cada agente (NUNES, 2002, p. 250). A prática de negociação nos momentos de conflito é fundamental para um bom andamento do serviço e para a qualidade da assistência prestada. Jamais existirá uma fórmula ou uma forma única de transpor os conflitos que surgirão nas equipes de trabalho, mas a melhor maneira de resolvê-los é através da negociação, em que as propostas são feitas e em seguida negociadas (RADDATZ; SANTOS; GARLET, 2010).

## DISCUSSÃO

Em decorrência das características históricas, somadas à conjuntura de política universitária no Brasil, o modelo hegemônico se mostrou ineficaz por razões dramáticas, tais como falta de impacto social, baixa eficácia e grande dificuldade de acesso aos serviços. O alto custo da atenção odontológica não permite alternativa a grande parcela da população senão a submissão à intervenção mutiladora - protética de baixa qualidade, como forma de alívio ao problema, com menor custo possível (SILVEIRA FILHO, 2002, p. 28).

Observa-se a expansão das ESBs no PSF nos estados brasileiros, entretanto a inclusão dessas equipes em alguns municípios está se dando de maneira desorganizada, sem planejamento

por parte da gestão, o que acarreta apenas um acréscimo de horas de atendimento e aumento do número de pacientes e procedimentos. Procedimentos esses centrados na resolução imediata dos problemas de saúde bucal, atendendo apenas à demanda espontânea, sem a preocupação de realizar o tratamento do usuário de forma integral. Dessa forma não há uma real melhoria das condições de saúde bucal da população (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219). Nota-se que a dificuldade de inserção no mercado e as precárias condições de trabalho para o cirurgião-dentista têm impulsionado esse profissional a buscar alternativas, mesmo distante dos seus ideais de realização profissional. São raros aqueles que fazem opção pelo trabalho no PSF por sua filosofia e proposta de atenção à saúde (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219). A dificuldade de trabalhar no PSF, relatada pelos cirurgiões-dentistas, é reflexo do modelo de saúde ainda vigente, o cirúrgico-restaurador, no qual a quantidade de procedimentos predomina na mentalidade desses profissionais e dos gestores (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006, p. 219). É igualmente importante conhecer o território em que se trabalha, compreendendo-o como um espaço social peculiar, historicamente construído, onde acontece a vida das pessoas e são estabelecidas as relações entre estas e destas com as diversas instituições existentes (culturais, religiosas, políticas, econômicas, entre outras) e, com isso, fazer o planejamento local num processo de trabalho integrado, em equipe, cuja expressão máxima venha a consolidar-se na estratégia das Linhas do Cuidado (BRASIL, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela amplitude do tema abordado, não se pretende afirmar que com este estudo se tenha esgotado o assunto, nem que as questões apresentadas não estejam sendo discutidas ou em processo de mudança, pelo contrário, são dinâmicas e sofrem modificações contínuas ao longo do tempo. Os desafios enfrentados pela inserção da saúde bucal no PSF são muitos e a criação de espaços para a reflexão desses desafios se constitui em peça fundamental para a modificação das práticas dos serviços públicos de saúde e, com isso, uma reorientação do modelo assistencial no SUS.

## REFERÊNCIAS

- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.131-8, 2004.
- AGRIPINO, G. G.; SULLIANO, A. A.; SERRA, A. C.; SOUZA, E. H. A. de. A Odontologia e o Programa Saúde da Família: novos desafios e perspectivas. *Odontologia Clínico-científica*, Recife, v.6, n.3, p.213-8, jul./set. 2007.
- ALBUQUERQUE, V. S. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Campinas, v. 31, n. 3, p. 296-303, 2007.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: Construindo “novas autonomias” no trabalho. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 9, p.150-3, ago. 2001.
- ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: Um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.455-464, mar./abr., 2007.
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.219-27, 2006.
- BARROSO, M. G. T. et. al. Ensino de educação em saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 19, n. 3, p.182-187, 2006.
- BEZERRA, G. de S.; SALES, T. R. R. L.; VIANA, J. de M. *A equipe de Saúde da Família na busca pelo trabalho coletivo*. Disponível em: <[www.webartigos.com/articles/29129/1/A-EQUIPE-DE-SAUDE-DA-FAMILIA-NA-BUSCA-PELO-TRABALHO-COLETIVO/pagina1.html](http://www.webartigos.com/articles/29129/1/A-EQUIPE-DE-SAUDE-DA-FAMILIA-NA-BUSCA-PELO-TRABALHO-COLETIVO/pagina1.html)>. Acesso em: 18 mar. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997. 36 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília, 2004. 68 p.
- \_\_\_\_\_. *Saúde Bucal*. Brasília, 2006. 92 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 104 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. *Portaria Interministerial nº 2.101*. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PROSAÚDE – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2008.
- CARDOSO, J. P. et. al. Formação Interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 20, n. 4, p. 252-8, 2007.
- CARVALHO, D. Q.; ELY, H. C.; PAVIANI, L. S.; CORRÊA, P. E. B. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa saúde da Família. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v.18, n.1, p.175-84, jan./jun. 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Em 10 anos, cai 7,8% o número de brasileiros que nunca foram ao dentista*. 2010. Disponível em: <<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/noticias/em-10-anos-cai-78-o-numero-de-brasileiros-que-nunca-foram-ao-dentista/>>. Acesso em: 1º jun. 2010.
- COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. *Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. 198 p.
- FACÓ, E. F. et. al. O cirurgião-dentista e o Programa Saúde da Família na microrregião II, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 70-77, 2005.
- GARCIA, M. A. A.; PINTO, A. T. B. C. e S.; ODONI, A. P. de C.; LONGHI, B. S.; MACHADO, L. I.; LINEK, M. D. S.; COSTA, N. A. A interdisciplinaridade necessária à Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Campinas, v. 31, n. 2, p.147-55, 2007.
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-8, mar./abr. 2005.
- KOSTER, I. Promoção da saúde e recursos humanos em saúde. *Informe-se em Promoção da Saúde*, Niterói, n. 1, p. 5-6, jul./dez. 2005. Disponível em: <[www.uff.br/promocaodasaude/recurshuma.pdf](http://www.uff.br/promocaodasaude/recurshuma.pdf)>. Acesso em 22 jul. 2008.
- KRIGER, L. et. al. *ABOPREV: Promoção de saúde bucal*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. 504 p.
- LEAL, R. B.; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.155-60, 2006.

- MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-44, nov./dez. 2004.
- MEDEIROS, C. L. A. et. al. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 379-88, maio/ago. 2007. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm)>. Acesso em: 22 jul. 2008.
- MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá: Dental Press, 2010. 96 p.
- MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudança nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*. Brasília, v. 4, n.1, p. 17-21, 2006.
- NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, mar./abr. 2008.
- NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 249-58, set./dez. 2002.
- OLIVEIRA, E. T.; LIMA JÚNIOR, J. F.; SOARES, F. N. C. S.; MAIA, E. R. A odontologia social no contexto da promoção da saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v.21, n.1, p.75-9, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Representação do Brasil; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Pólo de Capacitação em Saúde da Família. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde*. Brasília, 2000. 80p.
- PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001.
- PIRES, R. O. M. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.
- RADDATZ, M.; SANTOS, J. L. G. dos; GARLET, E. R. *Trabalho em equipe: dificuldades e desafios na atenção à Saúde da Família*. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.126.pdf>. Acesso em 20 mar. 2010.
- RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. de S. *O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família*. Disponível em: <[www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_polo05.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2010.
- ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 13, n.6, p. 1027-34, nov./dez. 2005.
- SILVA, I. Z. de Q. J. da; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p. 25-38, set. 2004/ fev. 2005.
- SILVEIRA FILHO, A. D. et. al. *Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: Cebes, 2002. 198 p.