

## **Odontologia no SUS: tratamento primário nas Unidades Básicas de Saúde**

### **Dentistry in SUS: primary treatment in Basic Health Units**

DOI:10.34117/bjdv8n11-346

Recebimento dos originais: 28/10/2022

Aceitação para publicação: 29/11/2022

#### **Adna da Silva Schueitzer**

Graduanda em Odontologia pela Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)  
Instituição: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)  
Endereço: Av. Conselheiro Nébias, 536, Encruzilhada, Santos - SP, CEP:11045-002  
E-mail: adnashueitzer@outlook.com

#### **Camila Santos Oliveira**

Graduanda em Odontologia pela Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)  
Instituição: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)  
Endereço: Av. Conselheiro Nébias, 536, Encruzilhada, Santos - SP, CEP:11045-002  
E-mail: camila.santos.ol@outlook.com

#### **Amanda Rodriguez Tato Gama Custódio**

Mestranda em Saúde e Meio Ambiente pela Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)  
Instituição: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)  
Endereço: Av. Conselheiro Nébias, 536, Encruzilhada, Santos - SP, CEP:11045-002  
E-mail: amandatato17@gmail.com

#### **Gustavo Duarte Mendes**

Doutorado em Clínica Médica  
Instituição: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)  
Endereço: Av. Conselheiro Nébias, 536, Encruzilhada, Santos - SP, CEP:11045-002  
E-mail: gustavo.mendes@unimes.br

#### **Elaine Marcílio Santos**

Doutorado em Odontopediatria  
Instituição: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)  
Endereço: Av. Conselheiro Nébias, 536, Encruzilhada, Santos - SP, CEP:11045-002  
E-mail: elaine.marcilio@unimes.br

#### **José Cássio de Almeida Magalhães**

Doutorado em Diagnóstico Bucal, Radiologia Odontológica e Imaginologia  
Instituição: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)  
Endereço: Av. Conselheiro Nébias, 536, Encruzilhada, Santos - SP, CEP:11045-002  
E-mail: tabuscm@gmail.com

**Gabriela Traldi Zaffalon**

Doutorado em Clínicas Odontológicas

Instituição: Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES)

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, 536, Encruzilhada, Santos - SP, CEP:11045-002

E-mail: gatraza@gmail.com

**RESUMO**

A saúde como um direito inerente a cidadania na Constituição de 1988 foi uma conquista de grupos sociais que, à época, insatisfeitos com as desigualdades e exclusão de parte da população aos serviços de saúde, lutaram pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Através desta conquista, políticas públicas foram implementadas para garantir este direito. No entanto, as desigualdades de acesso aos serviços de saúde são, ainda, um problema presente que impedem o efetivo exercício do SUS em virtude de barreiras encontradas em diferentes dimensões, como: estrutural, operacional e relacional. O objetivo desta revisão de literatura foi relatar o funcionamento do SUS na área Odontológica, focando nos atendimentos primários nas UBS (Unidades Básicas de Saúde) e USFs (Unidades de Saúde da Família), objetivando a discussão sobre a atuação do cirurgião-dentista. Uma forma de sistematizar a atuação do cirurgião dentista é a inserção no sistema onde deve atuar em equipes interdisciplinares no planejamento de políticas públicas saudáveis e no desenvolvimento de ações de vigilância da saúde e coletividade. Foi realizada uma revisão de literatura utilizando as bases de dados Google acadêmico, SciELO e LILACS. Apesar de ainda existirem barreiras organizacionais, a Política Nacional de Saúde Pública (PNSB) trouxe avanços quanto ao financiamento e expansão da saúde bucal, e com isto, os resultados evidenciaram a preponderante avaliação positiva do usuário sobre o atendimento, e sugerem que a avaliação pode estar mais relacionada a humanização nos serviços.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde, atenção básica à saúde, odontologia.

**ABSTRACT**

Health as an inherent right to citizenship in the 1988 Constitution was an achievement of social groups that, at the time, dissatisfied with the inequalities and exclusion of part of the population from health services, fought for the consolidation of the Unified Health System (SUS). Through this achievement, public policies were implemented to guarantee this right. However, inequalities in access to health services are still a present problem that impedes the effective exercise of the SUS due to barriers found in different dimensions, such as structural, operational, and relational. The present literature review aimed to report the functioning in the dental area in the SUS, focusing on primary care in the UBS (Basic Health Units) and in the USFs (Family Health Units), aiming at the discussion about the performance of the dental surgeon. One way of systematizing its possibilities of action is its insertion in the system where it must work in interdisciplinary teams in the planning of healthy public policies and in the development of actions to monitor the health of the community. A literature review was carried out in the Google Academic, SciELO and LILACS databases. Although there are still organizational barriers, the PNSB has brought advances in terms of funding and expansion of oral health, and with this, the results evidenced the preponderant positive evaluation of the user about the service and suggest that the evaluation may be more related to the humanization in the services.

**Keywords:** Single Health System, Basic health care, Odontology.

## 1 INTRODUÇÃO E OBJETIVO

A Saúde Pública no Brasil era praticada do ponto de vista curativo e hospitalar, o que concebe o modelo biomédico, no qual o processo de saúde do indivíduo e da comunidade é considerado apenas como ausência de doença. O Ministério da saúde (MS) em 1994 criou o Programa Saúde da Família (PSF) a partir do modelo de sucesso cubano de medicina de família, que se baseia na ação multidisciplinar, bem como em um conceito mais amplo e abrangente de saúde. Em seguida, o PSF passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF), transformando-se no modelo norteador e principal porta de entrada da Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando sob os princípios da universalidade, equidade e integridade. A ESF baseia-se no trabalho em equipe, atuando na promoção e prevenção da saúde em um território atribuído, o que promove um terreno fértil para a atuação do cirurgião dentista na saúde pública<sup>1,2</sup>.

No ano 2000 o Ministério da Saúde incluiu a odontologia apenas na ESF, afirmando a necessidade de enfrentar o problema histórico da população brasileira que não tinha acesso aos serviços odontológicos. Como resultado, houve uma mudança na prática dos cirurgiões dentistas, que tradicionalmente usavam o alívio da dor e a prática em consultório, para a prática domiciliar e familiar que orienta a ESF<sup>2</sup>. A inclusão da Saúde Bucal na ESF garantiu a ampliação do acesso a saúde bucal e da integralidade dos serviços ofertados na atenção primária, superando a prática mutiladora das exodontias, bem como o acesso a informação em saúde bucal e sobre os serviços ofertados. Permitiu, ainda, a articulação com as propostas de vigilância a saúde e com o conceito de cuidado integral, tendo como foco as famílias<sup>3</sup>.

Foi estabelecida no Brasil em 2003, a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), para implementar os princípios do SUS no cotidiano assistencial e nas práticas de gestão, para expandir o acesso aos cuidados de saúde, fornecer cuidados hospitalares e comprometidos, fortalecer os laços entre profissionais e pacientes, proteger os direitos do empregador e valorizar os funcionários<sup>4</sup>.

Atualmente o Brasil possui seu sistema de saúde de forma pública e gratuita para toda a população através do SUS, assim como outras áreas a odontologia também está integrada nesse sistema estando presente em Postos de Saúde, Unidades de Saúde da Família e no Centro de Especialidades Odontológica. O SUS é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seu modelo de

atenção, os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasam e o papel de diferentes profissionais que nele atuam<sup>5</sup>.

A precarização das relações de trabalho é evidenciada quando se constata que muitos cirurgiões dentistas (40%) têm com o município uma relação firmada através de contratos temporários, o que acarreta instabilidade no emprego. Observa-se, no estudo de Souza e Roncalli (2007), que o modelo assistencial desenvolvido pela saúde bucal ainda tenta desatar os nós críticos do referenciamento para a atenção secundária e terciária. Considerando a importância de oferecer à população todos os níveis de complexidade do tratamento, incluídos no princípio da integralidade da atenção, verifica-se que a maioria dos municípios ainda não supre essa necessidade. As principais dificuldades para que isso aconteça residem no fato de não haver profissionais capacitados e centros de referência em saúde bucal<sup>6</sup>.

O serviço de saúde integral é um fator importante na melhoria da saúde dos cidadãos. Os serviços odontológicos devem garantir a presença de profissionais que tenham uma visão mais ampla do processo saúde-doença, que sejam capazes de compreender as pessoas, levando em consideração diferentes aspectos de suas vidas, e não apenas o conjunto de sinais e sintomas limitados a cavidade oral. Este fato traduz uma avaliação positiva que o usuário do SUS apresenta em relação ao atendimento odontológico, bem como a relação entre exame e humanização no atendimento<sup>7</sup>.

Embora toda evolução nos últimos tempos no sistema de saúde pública do Brasil, percebe-se, ainda, que é um sistema com muitas lacunas. Backes et al. (2014)<sup>8</sup> enfatizam, como principais falhas, a dificuldade no acesso e a demora na realização do atendimento, resultado das inúmeras intervenções políticas, do desvio de verbas públicas e da falta de engrenagem sistêmica entre os diferentes setores. Os autores afirmam ainda que o SUS é uma rede perfeita, mas que, na prática, os setores não se encontram e nem mesmo se cruzam, isto é, não conversam entre si para encontrar soluções conjuntas<sup>4,8</sup>.

A presente revisão de literatura descreve como é caracterizada a atuação dos cirurgiões dentistas nas UBS e USF do Brasil, suas atribuições, as condições que encontram os pacientes bem como problemas emocionais que dificultam o atendimento e a avaliação dos mesmos sobre as condições fornecidas pelo SUS aos profissionais e pacientes.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de reverter a desigualdade social no Brasil, ocorreram vários movimentos sociais, decorrente de um regime autoritário. Na luta pela democracia e almejando conquistar direitos sociais no país, surge no início dos anos 70 a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A RSB caracterizou-se como um processo político que buscou a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde mais justo, universal e que atendesse as necessidades da população<sup>5</sup>.

Com base na Reforma Sanitária Brasileira, o VIII Congresso Nacional de Saúde (CNS), realizado no Brasil de 17 a 21 de março de 1986, representou um ponto de virada nas propostas de mudanças no setor de saúde e na definição do SUS. Discutido em outros movimentos sociais<sup>1</sup>. O CNS caracterizou-se pela participação ativa da sociedade, principalmente nos debates sobre a reforma do sistema de saúde nacional, o financiamento do setor e a saúde como direito do cidadão e dever do estado. Nesse contexto, o SUS foi criado sob a Constituição Federal de 1988 (a “Constituição Cidadã”) e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com o princípio constitucional “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Antes da criação do SUS, o direito à saúde era limitado àqueles que contribuíam para a Previdência Social ou pagavam pela assistência privada, enquanto outros eram assistidos por entidades beneficentes. Dessa forma, o SUS “oferece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços correspondentes”. De acordo com a Constituição, o sistema deve ser organizado com base na descentralização da ação, atenção integrada com foco em ações preventivas, e engajamento comunitário<sup>1,2</sup>.

Desde sua implantação, o SUS passou por mudanças até chegar ao modelo atual, priorizando a família como elemento fundamental do cuidado. Aplicar e respeitar os princípios propostos pelo SUS requer mais do que conhecimento técnico, é preciso conhecer o sistema proposto, seus rumos, desafios e as necessidades dos clientes. Ainda, requer uma compreensão da saúde de forma universal e integral. Onde é necessário levar em conta as desigualdades sociais e os determinantes sociais para reduzir as iniquidades sociais e injustiça<sup>6</sup>.

### 2.1 ATENDIMENTO NO SUS

O acesso aos serviços odontológicos varia de acordo com a faixa etária, sendo que crianças na idade de 5 anos apresentam a maior porcentagem dos indivíduos que nunca

visitaram o dentista. Entre os pais/responsáveis que nunca levaram suas crianças ao dentista, o desinteresse é o principal motivo, possivelmente pelo desconhecimento sobre a importância do atendimento odontológico e dos cuidados de saúde bucal em crianças<sup>6</sup>.

Portanto, a educação em saúde é uma medida para enfrentar essas barreiras ao acesso de pré-escolares. No estudo de Aerts et al. (2004)<sup>7</sup>, entre os pais que levaram seus filhos ao dentista, os fatores que dificultaram o atendimento à criança foram atrasos nas consultas, falta de profissional, falta de tempo do responsável pela criança, distância e o fato de a criança não cooperar durante o atendimento. Backes et al. (2014)<sup>8</sup> observaram que a taxa de utilização de serviços odontológicos é inversamente proporcional ao aumento da idade, ou seja, menor entre os idosos, o que pode ser explicado pela perda dentária e pela falta de conscientização sobre o atendimento odontológico e por dificuldades de acesso aos serviços odontológicos e condições socioeconômicas.

A odontologia no SUS é a garantia de atendimento e tratamento gratuito. A odontologia existia de forma precária ou era inexistente até os anos 2000 no Sistema Único de Saúde. Depois disso, programas atuantes até hoje passaram a fornecer estrutura para que os cirurgiões dentistas possam atuar no serviço público<sup>3</sup>. A Estratégia Saúde da Família é uma revolução no modo de se pensar e aplicar saúde pública no Brasil. Isso porque os cuidados deixam de ser para o tratamento de doenças e passam a incluir as medidas preventivas e um cuidado mais humanizado com o paciente. Nesse programa, o cirurgião dentista se torna parte da equipe de atendimento. Cada equipe é formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, em suas devidas proporções. O atendimento é realizado nos postos de saúde de cada bairro<sup>3,9</sup>.

Infelizmente, como outros programas do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família não está presente em todos os postos de saúde do Brasil. É preciso mais investimento no programa e maior capacitação dos profissionais<sup>10</sup>. O Programa Brasil Sorridente nasceu em 2003, através da Política Nacional de Saúde Bucal, feito pelo Ministério da Saúde. Segundo o MS, “o Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população”<sup>1,10</sup>.

Com isso, o governo implementou, dentre outras medidas, a Atenção Especializada. Os destaques dessa medida são os Centros de Especialidades Odontológicas, os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a Assistência Hospitalar<sup>10</sup>.

### **2.1.1 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**

Centro de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos de saúde que participam do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Elas são classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os CEO estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; Periodontia especializada; Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; Atendimento a portadores de necessidades especiais. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado na rede de atenção básica ou pelas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. Apenas os casos mais complexos são transferidos para essas clínicas<sup>2</sup>.

### **2.1.2 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD)**

Não adianta fornecer atendimento e ignorar a necessidade de materiais para os tratamentos odontológicos no SUS. É por isso que o financiamento dos laboratórios foi criado. O Laboratório Regional de Prótese Dentária é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível, prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas<sup>5,11</sup>.

Qualquer município com base populacional pode ter o LRPD. Não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado)<sup>11</sup>.

### **2.1.3 Assistência Hospitalar**

A Assistência Hospitalar ligada a odontologia aumenta o espaço do cirurgião dentista nos hospitais públicos. Uma das maiores conquistas do programa é possibilitar cirurgias odontológicas em hospitais públicos, sendo a necessidade de internação definida apenas pelo dentista. Outra parte importante do projeto é a dedicação dos profissionais da odontologia nos cuidados de pacientes oncológicos e com necessidades especiais. Assim, a odontologia no SUS é uma realidade. No entanto, há muitos aspectos que precisam ser melhorados, da estrutura até o número de profissionais disponíveis<sup>3,12</sup>.

## 2.2 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Em um estudo realizado por Azevedo et al. (2018)<sup>13</sup>, constatou a satisfação usuários dos serviços odontológicos em receber o atendimento odontológico, por meio de Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF) em quatro distritos rurais no município de Castro no Paraná. Foi realizado um questionário e dos 184 usuários, participantes da pesquisa, 50,5% estavam satisfeitos com o cirurgião dentista, 36% mostraram-se muito satisfeitos, 10,8% relataram estar mais ou menos satisfeitos e 2,71%, insatisfeitos. Na questão do entendimento das orientações repassadas pelo cirurgião dentista ou auxiliar, a maioria dos entrevistados (61,4%) respondeu compreenderam; 33,1% não compreenderam e 5,43% entenderam, algumas vezes, os termos usados pelos profissionais<sup>13</sup>.

Em Bauru, no estado de São Paulo, foi analisada a satisfação e expectativas dos usuários atendidos por uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, na qual se contava com ESB, através de uma pesquisa qualitativa com 10 usuários. Foi verificado que estes mostram-se satisfeitos com o atendimento recebido, entretanto tinham queixas com relação ao tempo necessário para o atendimento em casos de média e alta complexidade<sup>9</sup>.

Um estudo transversal realizado com 495 idosos na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, analisou a satisfação dos usuários dos serviços odontológicos do SUS. Foram observados resultados satisfatórios. Notou-se relevância das políticas de saúde que promoviam acesso a informação de como evitarem problemas bucais bem como melhores técnicas de escovação, aumentando assim a satisfação destes usuários com os serviços prestados pelo SUS<sup>13</sup>.

Uma entrevista realizada com usuários e profissionais diretamente e indiretamente envolvidos com a saúde bucal, em município de médio do porte no Paraná, analisou a satisfação com o serviço público odontológico prestado na região, sob a visão dos usuários e dos profissionais. E então foi observado que os profissionais e usuários apresentaram similaridade no grau de satisfação. Os usuários revelaram índices elevados de satisfação quanto a vários aspectos inerentes aos serviços públicos odontológicos. Já os profissionais indiretamente envolvidos com a saúde bucal expuseram olhares mais críticos sobre esses serviços, quando comparados aos usuários, e os profissionais envolvidos diretamente com a saúde bucal, na maioria das vezes, demonstraram satisfação similar a dos usuários, e em algumas poucas situações, expuseram uma visão positivamente ampliada<sup>4</sup>.



### 2.3 ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Levando-se em consideração os princípios e diretrizes propostos pelo SUS em uma ESF, nota-se a necessidade de ampliar a atenção em saúde com ações e estratégias para a cavidade bucal. Desta forma, em 2000 o Ministério da Saúde estabeleceu incentivo financeiro para inserir as Equipes de Saúde Bucal (EqSB) na ESF, tendo como objetivo aumentar a área de cobertura referente as demandas da população, além de realizar ações de prevenção e caráter coletivo. Nesse cenário, em 2004 foram apresentadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) visando a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, tendo como um dos seus pressupostos: “Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização”<sup>14</sup>.

Vale ressaltar que a estratégia de inserir o Cirurgião dentista (CD) para garantir ao usuário um atendimento integral só foi possível devido as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que mudaram o caráter técnico da atuação odontológica para um campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC). Dentro deste panorama, com a inserção do CD na Atenção Básica, o modelo odontológico mudou completamente, uma vez que a atuação era muito técnica/assistencialista e se concentrava apenas na dor do paciente, além de se limitar ao atendimento dentro de um consultório<sup>7</sup>.

A nova proposta de saúde bucal em uma ESF traz como base o cuidado e prevenção nas famílias, visitas domiciliares, ações em escolas (Programa Saúde na Escola), ou seja, observar o indivíduo como um todo para que haja uma corresponsabilidade no atendimento. Vale ressaltar que, embora esta inserção do CD nas Unidades Básicas de Saúde seja cada vez mais gradual e represente uma nova forma de pensar a saúde das coletividades, ainda o principal ramo do trabalho do CD é o meio privado, que funciona por uma lógica fragmentada, uni profissional, individualista e curativista, o que se constitui em uma barreira histórica e cultural para a prática odontológica na forma que se espera na ESF. Os cirurgiões dentistas ainda se deparam com problemas relacionados as condições de trabalho, como estrutura inadequada, falta de insumos, problemas com a gestão e com o contexto no qual estão inseridos<sup>1,8</sup>.

Desta forma, a soma destes fatores atrelados a outros não citados atrapalham a atuação plena do CD na Atenção Básica, prejudicando ações voltadas à territorialização,

vínculo com a comunidade, educação em saúde, prevenção e promoção voltada para as coletividades, em detrimento de uma prática curativista. A atuação de um CD na ESF está voltada para um atendimento clínico, mas principalmente em ações de promoção da saúde, com abordagens tanto para prevenir doenças da cavidade bucal, principalmente doença cárie e doença periodontal, quanto para outras patologias que acometem a comunidade, como hipertensão, diabetes, câncer e obesidade<sup>4,7</sup>.

Vale salientar que a literatura científica mostra que ações realizadas pelos profissionais na ESF tem grande impacto na redução do número de doenças na comunidade. Sob a ótica da promoção e prevenção da saúde bucal, uma atividade que é comumente realizada pelo CD, que tem grande potencial para ser realizada na ESF e na saúde pública como um todo é o Tratamento Restaurador Atraumático (ART), que consiste em uma técnica de mínima intervenção com instrumentos manuais sobre a lesão cáriosa, geralmente não associada a dor<sup>10</sup>.

O ART permite um maior acesso ao atendimento odontológico, seja dentro do consultório ou fora das quatro paredes convencionais que ocorrem os cuidados em saúde, rompendo também o estigma de uma Odontologia mutiladora, o que está em consonância com as diretrizes da Atenção Básica como um todo<sup>10</sup>. O CD também atua em programas educativos que promovem conscientização e aumentam o conhecimento sobre saúde bucal para a comunidade. Ações em escolas propiciam o aprendizado e ensino de novos hábitos de higiene bucal para as crianças e adolescentes. Desta forma, observa-se redução no índice de placa bacteriana<sup>14</sup>.

O estudo realizado por Backes et al. (2014)<sup>8</sup>, sobre a inserção do CD na Atenção Básica mostrou a diminuição significativa dos parâmetros avaliativos para desenvolvimento de doença cárie e doença periodontal, reduzindo de forma expressiva a necessidade de tratamento em consultório. A inserção do CD na Atenção Básica com certeza é o principal fator para os resultados positivos no último levantamento epidemiológico em saúde bucal a nível nacional, o SB Brasil 2010, quando comparado ao levantamento anterior. Houve diminuição de 26% no índice de CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) em crianças com 12 anos, passando de 2,8 em 2003, para 2,1 em 2010, tornando o Brasil um país com baixa prevalência de cárie segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e uma das melhores médias de CPO-D aos 12 anos na América do Sul<sup>8</sup>.

Os programas de assistência e conscientização não tem como foco apenas a doença cárie e problemas periodontais, mas também hábitos de vida que são deletérios na saúde da população e que podem desencadear patologias graves. Ações de conscientização em relação ao tabagismo e consumo de bebida alcoólica podem prevenir não só o surgimento de doenças bucais, mas também problemas cardíacos, respiratórios e câncer<sup>15</sup>.

A promoção da Saúde Bucal presente na ESF, com atuação do CD e demais profissionais da área, representa um ganho significativo no processo saúde-doença da sociedade. Através do atendimento amplo, da atuação multidisciplinar, dos planejamentos e estratégias que norteiam o SUS, houve melhoria na saúde de toda a população, levando assistência, prevenção e tratamento<sup>1</sup>. Logo, tomando-se como referência os campos de ação propostos pela Carta de Ottawa, as atribuições do CD em nível local podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde<sup>8</sup>.

#### 2.4 BARREIRAS ORGANIZACIONAIS DO SUS

Quanto as principais barreiras organizacionais encontradas, tem-se a ocorrência da falta de medicamentos, falta de materiais e deficiência na manutenção de equipamentos, aumentando, assim, o tempo e as filas de espera, a demanda reprimida e falta de informação<sup>3</sup>.

A PNSB trouxe avanços quanto ao financiamento e expansão da saúde bucal. Porém, a dependência de tecnologias e materiais pela odontologia, falta de governabilidade sobre os recursos, deficiências quanto a compra e a manutenção de equipamentos e contratação de recursos humanos são fatores que prejudicam o processo de trabalho, a assistência e, conseqüentemente, o acesso aos serviços odontológicos<sup>12</sup>.

Souza e Roccalli 2007<sup>6</sup>, em estudo referente aos serviços especializados, observaram que 30% dos usuários apontaram que o tempo de espera para a primeira consulta chegou a mais de 31 dias e 79,7% dos usuários relataram tempo médio de até 30 dias para a consulta de retorno, chegando a alcançar até 90 dias para 15,2% dos usuários. Outras dificuldades e barreiras organizacionais, como a existência de filas e a dificuldade para agendamento, também foram relatadas pelos usuários. A falta de informação sobre a oferta, disponibilidade e importância dos serviços odontológicos pode ser um empecilho

para a utilização do sistema. A prevalência sobre o conhecimento das puérperas acerca de informações de interesse odontológico foi inferior a 50%<sup>6</sup>.

### 3 DISCUSSÃO

O Sistema Único de Saúde é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seu modelo de atenção, os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasam e o papel de diferentes profissionais que nele atuam<sup>6</sup>.

Em nível central ou distrital, o CD deve atuar em equipes interdisciplinares no planejamento de políticas públicas saudáveis e no desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da coletividade como citado no artigo “O papel do Cirurgião dentista no Sistema Único de saúde”<sup>1</sup> o qual diz que um dos princípios básicos da odontologia moderna é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Nesse sentido, os cirurgiões-dentistas são convidados a repensar a sua prática e exercer um novo papel dentro da odontologia em saúde coletiva. As mudanças no Sistema de Saúde Público acarretaram mudanças na atuação do cirurgião-dentista no SUS<sup>1,9</sup>.

Novas competências e habilidades como educação em saúde, levantamento epidemiológico, atividades com grupos operativos, atividades multiprofissionais, participação em reunião do Conselho Municipal de Saúde e atividades coletivas preventivas foram adotadas pelos profissionais. O estudo “A Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil”<sup>2</sup> foi quantitativo, transversal e descritivo-analítico realizado com 94 cirurgiões-dentistas do setor público municipal de Montes Claro, tendo como resultado que apenas uma pequena parcela de profissionais apresentou dificuldades para as atividades requeridas pelo SUS, sendo que, o treinamento em serviço e o perfil profissional podem ter contribuído para esse resultado<sup>5</sup>.

Um dos obstáculos relatados, por cirurgiões dentistas, nas consultas odontológicas é o medo que uma parcela dos pacientes apresenta frente aos procedimentos durante as sessões de atendimento. Ao longo da vida, podem ocorrer experiências odontológicas traumatizantes que refletem em medo, podendo marcar uma percepção negativa sobre do cirurgião dentista<sup>11</sup>.

A partir da análise do medo, é imprescindível apontar formas de lidar com essa manifestação, e a busca pela superação desse fator emocional torna-se de extrema importância para o desenvolvimento integral do ser humano, em especial aqueles assistidos pelo Sistema Único de Saúde. Um estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa da literatura que objetivou descrever e analisar o medo dos usuários do SUS em relação ao tratamento odontológico e obteve o resultado que há escassez de publicações na literatura acerca da temática com enfoque no Sistema Único de Saúde e também existem manifestações relacionadas ao medo do tratamento odontológico nos campos biológico e psicológico, as quais têm como consequência a abstenção as consultas odontológicas, que levam à piora da situação de saúde bucal desses usuários<sup>3</sup>.

Outro estudo objetivou avaliar a adesão das equipes de saúde bucal ao Programa Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Norte (Brasil) por meio da análise de fatores que podem interferir no processo de mudança dos modelos de atenção a saúde bucal. A avaliação envolveu três dimensões: acesso, organização do trabalho e estratégias de planejamento. Dezenove municípios foram selecionados aleatoriamente. Os instrumentos de coleta de dados foram: entrevistas estruturadas com gestores de saúde e dentistas, observação estruturada e pesquisa documental. O estudo identificou a falta de carteira de trabalho assinada para o CD, dificuldade no encaminhamento de pacientes para procedimentos de alta complexidade e problemas no desenvolvimento das atividades intersetoriais, diagnósticos epidemiológicos e avaliação do trabalho. A maioria dos condados apresentou pouca ou nenhuma melhora nos cuidados com a saúde bucal<sup>4</sup>.

#### **4 CONCLUSÃO**

A obtenção de boas avaliações deve ser consequência de todo o processo de trabalho no SUS, inclusive a humanização. Novos trabalhos são necessários para aprofundar as discussões sobre o tema e fornecer o máximo possível de subsídios para que usuários, profissionais e gestores de saúde possam, coletivamente, consolidar a humanização como política pública permanente e indispensável nos serviços de saúde bucal e no SUS. A atuação do CD em equipes de saúde multidisciplinares, desenvolvendo atividades de promoção e educação em saúde que contemplem simultaneamente a saúde integral de indivíduos e coletividades, proporciona uma elevação dos níveis de saúde da população.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Matos EMO; Oliveira CCS; Souza TFS; Nascimento MC; Souza TGS. A importância da atuação do cirurgião-dentista na atenção básica no sistema único de saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 3, p.4383-4395 may./jun. 2020.

Damasceno KSM; Cruz DN; Barros SG. Acessibilidade aos serviços odontológicos no SUS: Revisão da literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, 2021.

Junior RAS. Avaliação do acesso e qualidade do atendimento odontológico na atenção básica sob a perspectiva dos usuários. Trabalho de conclusão de curso; Universidade Federal de Campina Grande; Centro de saúde e tecnologia rural; unidade acadêmica de ciências biológicas. Patos-PB, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil [Internet]. Brasília : Editora do Ministério da Saúde,; 2011.

Souza TMS de, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*;23(11):2727–39m, 2007.

Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9:131–8, 2004.

Backes DS, de Souza MHT, Marchiori MTC, Colomé JS, Backes MTS, Lunardi WD. The Idealized Brazilian Health System versus the real one: contributions from the nursing field. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 22(6):1026–33, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Alves SFF, Coelho MQ, Costa SM, Martelli DRB, Nascimento JE, Martelli H Jr, et al. Odontologia no contexto do sistema único de saúde. In: *Anais do 3º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão da Universidade Estadual de Montes Claros*; Montes Claros. Montes Claros: FEPEG; 2009.

Peronio TN, Silva AHda, Dias SM. O medo frente ao tratamento odontológico no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura integrativa. *Braz J Periodontol*. (1):37-43, 2019.

Moimaz SAS, Lima AMC, Garbin CAS, Corrente JE, Saliba, NA. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. *Cien Saude Colet*; 21(12):3879-3887, 2016.

Azevedo LCS; Rocha MP. Satisfação dos usuários de serviços públicos odontológicos: Revisão da literatura. Id online Rev. Mult. Psic. V.12, N. 42, p. p. . 704-717, 2018.

Claro JMG. Satisfação aos atendimentos odontológicos no SUS: a visão do usuário; Dissertação; instituto de ciência e tecnologia, universidade estadual Paulista. São José dos Campos, 2018.

Reis RM et al. Saúde bucal na atenção primária: a extensão como instrumento de promoção da integração ensino, serviço e comunidade. Braz. J. of Develop., Curitiba; v.6, n.12, 2020.