

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)
TURMA MULTIPROFISSIONAL**

Márcia Maria de Sousa Leal

**Saúde Bucal e Atributos da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde: uma
revisão integrativa**

Juiz de fora
2024

Márcia Maria de Sousa Leal

**Saúde Bucal e Atributos da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde: uma
revisão integrativa**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Xavier de Camargo

Juiz de Fora
2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Maria de Sousa Leal, Márcia .
Saúde Bucal e Atributos da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde: : uma revisão integrativa / Márcia Maria de Sousa Leal. -- 2024.
131 p. : il.

Orientadora: Sérgio Xavier de Camargo
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

1. Sistema Único de Saúde . 2. Atenção Primária à Saúde . 3. Estratégia Saúde da Família . 4. Saúde Bucal . 5. Odontologia . I. Xavier de Camargo , Sérgio , orient. II. Título.

Márcia Maria de Sousa Leal

Saúde Bucal e Atributos da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 22 de novembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Xavier de Camargo (Orientador)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Érika Andrade e Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Alba Regina Silva Medeiros

Universidade Federal de Mato Grosso

Juiz de Fora, 25/10/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Sérgio Xavier de Camargo, Professor(a)**, em 22/11/2024, às 17:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alba Regina Silva Medeiros, Usuário Externo**, em 23/11/2024, às 16:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erika Andrade e Silva, Professor(a)**, em 25/11/2024, às 07:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.uffj.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2063794** e o código CRC **61CE0652**.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao grande Criador de todas as coisas, a Deus, que sempre esteve presente em minha vida, em meus projetos e sonhos. Foi a Sua presença que me guiou até aqui e me fortaleceu durante toda a minha jornada acadêmica.

O meu muito obrigada ao meu esposo, Daniel Caetano Leal, por toda a paciência nos meus dias intensos de estudo. Seu apoio constante fez toda a diferença.

Aos meus irmãos, Márcio, Eliane e Edna, e aos meus pais, assim como ao meu sogro e à minha sogra, sou extremamente grata pelo apoio durante todo esse tempo. Vocês sempre estiveram ao meu lado com amor e carinho.

Às minhas colegas e amigas do mestrado, obrigada por caminharem comigo nessa jornada. A companhia de vocês tornou tudo mais leve e especial.

Também quero agradecer à medicina, que foi uma aliada nos momentos em que precisei de suporte. O mestrado sempre foi um grande sonho, mas pela primeira vez, tive que lidar com crises de ansiedade e noites sem dormir. Essas dificuldades me ensinaram muito sobre resiliência.

Ao meu orientador Dr. Sérgio Xavier de Camargo, expressei minha gratidão por sua disposição, orientações e palavras de acolhimento. Sua certeza de que tudo daria certo foi um incentivo imenso. O seu apoio foi fundamental para que eu concluísse este trabalho.

Às professoras doutoras Érika Andrade e Silva, Alba Regina Silva Medeiros, Suellen Maria Cunha Santos Soares e Isabel Cristina Gonçalves Leite, agradeço por terem aceitado participar da banca examinadora do meu Trabalho de Conclusão de Mestrado, e por todo o carinho e atenção.

Aos professores das disciplinas do PROFSAÚDE, sou grata por todos os ensinamentos e pelo conhecimento compartilhado ao longo do mestrado. Cada contribuição foi valiosa para minha formação.

E, principalmente, quero agradecer à tia Hortência, em memória. Ela sempre me falava: "Quando você vai terminar esses estudos, minha filha? Logo, logo você termina, né? Vai dar tudo certo com fé em Deus ...". Essas palavras de incentivo continuam vivas em mim.

Por fim, agradeço novamente ao meu esposo e à minha família, que sempre foram meu alicerce. Vocês não mediram esforços para que eu realizasse este sonho e sempre acreditaram que eu seria capaz. Sou eternamente grata por todo o amor e apoio.

“Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres, porque eu sou teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça”.

Isaías 41:10

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é a porta preferencial de entrada do Sistema Único de Saúde, e esta deve ser orientada pelos atributos essenciais e derivados para potencializar a assistência à saúde dos indivíduos e comunidade. A compreensão da institucionalização do sistema de saúde e os seus avanços nas políticas públicas requerem uma revisão dos referenciais relativos aos principais aspectos teóricos de sua evolução. Esta pesquisa teve como objetivo analisar, na literatura científica, os atributos da Atenção Primária à Saúde relacionados aos serviços de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa de literatura, abordando os atributos essenciais e derivados desses serviços no Brasil. A busca foi realizada na biblioteca digital de livre acesso Scientific Electronic Library Online, resultando na seleção de 20 artigos publicados entre 2008 e 2022. O processamento dos dados ocorreu por meio de uma matriz composta por categorias, subcategorias, temas e palavras-chave, construída com base em um mapa conceitual elaborado a partir de referenciais teóricos. A análise dos dados seguiu a técnica de análise temática de Bardin. Como resultados dessa revisão foram identificadas barreiras e avanços quanto aos atributos na assistência odontológica nos serviços de saúde bucal no Brasil. Houve prevalência dos atributos Atenção de Primeiro Contato e o atributo Coordenação do Cuidado, seguidos na ordem decrescente dos atributos: Integralidade, Orientação Comunitária, Longitudinalidade, Orientação Familiar e Competência Cultural – sendo este último, o menos abordado nos artigos selecionados. Como considerações finais, a pesquisa identificou que os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde ainda não são plenamente efetivados no Sistema Único de Saúde, ocorrendo muitas vezes de forma parcial e em diferentes graus de implementação.

Palavras-chave: sistema único de saúde; atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; saúde bucal; odontologia.

ABSTRACT

Primary Health Care is the preferred entry point to the Unified Health System and should be guided by its essential and derived attributes to enhance health care delivery to individuals and communities. Understanding the institutionalization of the health system and its advancements in public policies requires a review of theoretical frameworks related to key aspects of its evolution. This study aimed to analyze, in the scientific literature, the attributes of Primary Health Care associated with Oral Health services within the Unified Health System. An integrative literature review was conducted, focusing on the essential and derived attributes of these services in Brazil. The search was performed in the open-access digital library Scientific Electronic Library Online, resulting in the selection of 20 articles published between 2008 and 2022. Data processing was carried out using a matrix composed of categories, subcategories, themes, and keywords, constructed based on a conceptual map developed from theoretical references. Data analysis followed Bardin's thematic analysis technique. The review identified barriers and advancements regarding the attributes of dental care in oral health services in Brazil. The attributes First Contact Care and Care Coordination were the most prevalent, followed, in descending order, by the attributes: Comprehensiveness, Community Orientation, Continuity of Care, Family Orientation, and Cultural Competence, the latter being the least addressed in the selected articles. In conclusion, the study found that the essential and derived attributes of Primary Health Care are not yet fully implemented within the Unified Health System, often occurring partially and with varying degrees of implementation.

Keywords: unified health system; primary health care; family health strategy; oralhealth; dentistry.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Fluxograma – Organização das etapas da Revisão Integrativa29
- Figura 2 – Mapa conceitual sobre os atributos essenciais e derivados da APS34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Produção científica sobre Saúde Bucal e atributos da APS publicados na base SciELO por ano, no período entre 2008 a 2022	31
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de busca da seleção dos artigos	30
Quadro 2 – Instrumento de sistematização dos artigos por autor, ano de publicação, título, objetivos, metodologia, resultados e conclusões	32
Quadro 3 – Instrumento de análise dos atributos essenciais e derivados da APS identificados nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008, 2022 e 2024.....	33
Quadro 4 – Matriz de categorias, subcategorias, temas e palavras-chave relativas aos atributos da APS, 2024.....	36
Quadro 5 – Caracterização dos artigos publicados entre 2008 e 2022 na base SciELO sobre Saúde Bucal e atributos da APS por autor, ano de publicação, título, objetivos, metodologia, resultados e conclusões	41
Quadro 6 – Identificação dos Atributos essenciais e derivados da APS identificados nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022, 2024	48
Quadro 7 – Síntese do Atributo Atenção de Primeiro Contato identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024).....	50
Quadro 8– Síntese do Atributo Integralidade identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024).....	63
Quadro 9 – Síntese do Atributo Longitudinalidade identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024).....	70
Quadro 10– Síntese do Atributo Coordenação da Atenção identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024).....	78
Quadro 11– Síntese do Atributo Orientação Familiar identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024).....	91
Quadro 12– Síntese do Atributo Orientação Comunitária identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024).....	98

Quadro 13–Síntese do Atributo Competência Cultural identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022(Juiz de Fora/MG, 2024).....	107
---	-----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especializações Odontológicas
COVID-19	Coronavírus
CPO-D	Número médio de (dentes cariados, perdidos e obturados)
DS	Distrito de Saúde
ESB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHMC	<i>Institute for Human Cognition</i>
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhorias do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIL	Revisão Integrativa de Literatura
SESB	Serviço de Especialidades em Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UOM	Unidades Odontológicas móveis
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E MARCO TEÓRICO	15
1.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
1.2	ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
1.3	POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL.....	21
1.4	PROBLEMA DE PESQUISA.....	24
1.5	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO ESPERADA.....	25
2	OBJETIVOS	27
2.1	OBJETIVO GERAL.....	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3	METODOLOGIA	28
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	28
3.2	COLETA DOS DADOS.....	30
3.2.1	Critérios de inclusão e critérios de exclusão	30
3.3	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	31
3.3.1	Mapa conceitual	33
3.3.2	Matriz de categorias	35
4	ASPECTOS ÉTICOS	39
4.1	LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS.....	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1	ATENÇÃO DE PRIMEIRO CONTATO NA SAÚDE BUCAL.....	49
5.2	INTEGRALIDADE NA SAÚDE BUCAL.....	61
5.3	LONGITUDINALIDADE NA SAÚDE BUCAL.....	68
5.4	COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NA SAÚDE BUCAL.....	77
5.5	ORIENTAÇÃO FAMILIAR NA SAÚDE BUCAL.....	90
5.6	ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA SAÚDE BUCAL.....	96
5.7	COMPETÊNCIA CULTURAL NA SAÚDE BUCAL.....	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICE	126

1 INTRODUÇÃO E MARCO TEÓRICO

O Brasil tem um Sistema Único de Saúde (SUS) o qual tem como princípios norteadores: a universalidade, a equidade e a integralidade (Paim; Silva, 2010). De acordo com Perelman (1996), a universalidade tem relação com a justiça, ou seja, é aquilo que remete ao comum a todos; este princípio envolve a garantia de direito à saúde. Em relação à equidade, esta se equipara a igualdade contrapondo-se às desigualdades de forma a diminuir as injustiças. Em outras palavras, é tratar de forma desigual os desiguais (Vieira, 2009). Já a integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo que aborda ações de prevenção, promoção e reabilitação dos usuários e comunidades. Este princípio inclui o direito a todos os níveis de atenção à saúde.

Organizado a partir destes três princípios, o SUS é o sistema de saúde público mais complexo e completo do mundo, pois se espera que este sistema contemple desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até procedimentos de alta complexidade na atenção terciária, como transplante de órgãos, garantindo, assim, acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (Brasil, 2019).

Neste sentido, percebe-se que o SUS em sua complexidade exige decisões acertadas para o cumprimento das diretrizes operacionais, seja na perspectiva do processo de trabalho, controle dos custos, acessibilidade aos serviços, bem como, na qualidade da assistência (Vieira-da-Silva; Almeida Filho, 2009).

Dessa forma, a compreensão da institucionalização do Sistema Único de Saúde e os avanços em suas políticas públicas requerem uma revisão dos referenciais relativos aos principais aspectos teóricos da evolução da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Este estudo, especificamente, busca analisar a produção científica sobre os serviços de Saúde Bucal (SB) no Brasil relacionando-os aos atributos da APS, visto que somente após três décadas da criação do SUS foi sancionada a lei que inclui a Política Nacional de Saúde Bucal ao SUS (Brasil, 2023).

Dessa maneira, a partir deste histórico é possível entender melhor como os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) relacionam-se à Saúde Bucal no Brasil, enquanto elementos constituintes da APS direcionados à minimização das iniquidades da assistência à saúde bucal das populações.

1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído a partir dos movimentos sociais, dos usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (Paim, 2008). O SUS em sua complexidade exigiu a criação de um modelo de financiamento público, proveniente de impostos, organizados de forma integrada nos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1990).

Para garantir a organização e regulação dos serviços de saúde pública no Brasil, foram estabelecidas a Lei nº 8.080/90, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de organizar o funcionamento das ações e serviços de saúde em todo o território nacional, e a Lei nº 8.142/90, que regulamenta a participação da sociedade por meio da criação de Conselhos e Conferências de Saúde em todas as esferas governamentais (Brasil, 1990).

No contexto das políticas de saúde pública, a Atenção Primária à Saúde (APS) se baseia na descentralização e na presença local, orientando-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2011). Dessa maneira, espera-se que a APS seja a porta de entrada preferencial no Sistema de Saúde, atuando como ponto central de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2022).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) incentivou a ampliação da Atenção Básica, objetivando uma atenção integral à saúde, conjuntamente com a autonomia do usuário e a participação social. Dentro desse contexto, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), um programa que tinha como objetivo a reorganização da Atenção Primária no Brasil. Em 2006, passou a ser denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2012).

A partir dessa reestruturação, a ESF veio para romper com o modelo excludente e tecnicista tradicional, possibilitando uma inversão do modelo assistencial, promovendo vínculos e responsabilidades (Brasil, 2017). Além disso, o usuário passa a ser articulador e transformador do processo de trabalho (Pinto; Giovanella, 2018).

Posteriormente, a PNAB de 2011 destacou a centralidade da ESF, voltada para a cobertura, cuidados integrais e promoção da saúde (Brasil, 2011). No entanto, com o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, em 2016, surgiram indícios de uma possível revisão da PNAB de 2011 (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, [2016]). Como resultado, a nova PNAB, divulgada em 2017, trouxe potenciais riscos aos princípios e diretrizes do SUS, ao possibilitar a flexibilização da cobertura populacional e a indefinição do número de agentes comunitários de saúde nas equipes (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Consequentemente, a PNAB 2017 trouxe prejuízos aos princípios de universalidade e integralidade, uma vez que se limita a ações essenciais, configurando-se em cuidados mínimos. Ademais, questiona se é possível contemplar adequadamente as necessidades de saúde da Atenção Primária, visto que, com essa flexibilidade, pode ocasionar uma seletividade e fragmentação das ações de saúde (Melo *et al.*, 2018).

Além do mais, a organização da ESF se baseia em uma equipe multiprofissional cujas ações partem da tríade território, família e comunidade (Pimentel *et al.*, 2012). Nesse contexto, as atribuições de conhecer o território, monitorar a saúde da população, e promover ações de prevenção e promoção da saúde são responsabilidades compartilhadas entre os agentes comunitários de saúde (ACS) e os demais profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) (Terrerri *et al.*, 2018).

Portanto, considerando a saúde bucal, sabe-se que a colaboração entre o dentista e o ACS é fundamental, pois a troca de informações facilita o conhecimento da dinâmica do território, promovendo uma melhor adesão da comunidade aos cuidados de saúde. Ademais, a Atenção Primária à Saúde precisa ser autorregulada e centrada no usuário para alcançar maior resolutividade nas necessidades de saúde da população (Brasil, 2017).

Em suma, o SUS é o sistema de saúde público do Brasil que busca assegurar atendimento de saúde universal e igualitário. A APS é o pilar desse sistema na prevenção e cuidados primários, e a ESF oportuniza o cuidado familiar e comunitário, proporcionando uma abordagem mais integral e humanizada na atenção à saúde.

1.2 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção que melhor enquadra as necessidades e problemas dos usuários. Os quatro atributos essenciais para as ações e serviços na atenção primária são: (1) acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; (2) longitudinalidade; (3) integralidade; e (4) coordenação de atenção (Starfield, 2002). Além desses atributos essenciais os autores, Shi, Starfield e Xu (2001) propõem outras três dimensões, denominadas “derivadas”, que qualificam as ações dos serviços de atenção primária: (1) a orientação familiar; (2) a orientação da comunidade; (3) a competência cultural. Segundo esses autores, um serviço para atender às necessidades da população em geral, no que se refere aos cuidados primários, deve possuir os quatro atributos essenciais, possibilitando maior interação com indivíduos e comunidade, bem como deve apresentar também os demais atributos derivados.

Quanto ao atributo 1 – Acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde – este acesso está relacionado à acessibilidade e a utilização do serviço de saúde. Representa o momento da busca pela assistência ao cuidado em saúde (Starfield, 2002). De acordo com Oliveira e Pereira (2013), acesso e acessibilidade têm significados diferentes. A acessibilidade refere-se às características da oferta que oportuniza o usuário a chegar aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Ou seja, a acessibilidade está relacionada com a oferta e demanda dos serviços, de forma que a organização do serviço consiga oportunizar o primeiro contato como a porta de entrada, quando há uma necessidade ou problema de saúde, com capacidade de responder às necessidades do usuário. É importante quando se refere à acessibilidade considerar os aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos, para assim identificar possíveis obstáculos que podem dificultar ou facilitar a busca pelo atendimento à saúde (Travassos; Martins, 2004). Os serviços de saúde primários devem estar disponíveis e próximos às comunidades.

Quanto ao atributo 2 – Longitudinalidade – este envolve a identificação da população que utiliza o serviço de saúde ao longo do tempo. Representa a continuidade do cuidado como fonte habitual de atenção alcançada (Starfield, 2002). Para Oliveira e Pereira (2013), está relacionado ao uso ao longo do tempo na presença ou não de problemas de saúde, mesmo que ocorra interrupção na

continuidade da atenção. O alcance do entendimento entre o profissional de saúde e o usuário, de forma que tenha tranquilidade para expressar suas necessidades e sinta-se confiante com o profissional até mesmo para falar de suas preocupações. O atributo da longitudinalidade gera produção de diagnóstico e tratamento mais precisos, evitando encaminhamentos desnecessários. É importante que o profissional conheça a realidade de vida dos usuários, pois a desvinculação das condições de vida é um obstáculo para o alcance da longitudinalidade, principalmente na ESF (Oliveira; Pereira, 2013).

Quanto ao atributo 3 – Integralidade – este contempla a variedade de serviços oferecidos, ou encaminhamentos, com o reconhecimento adequado das necessidades/problemas do usuário (Starfield, 2002). A integralidade busca atender em todas as fases da vida dos usuários suas necessidades de saúde. De acordo com Giovanella *et al.* (2002), a integralidade apresenta quatro dimensões: (1) promoção e prevenção; (2) atenção nos três níveis de assistência à saúde; (3) articulação das ações de promoção, proteção e prevenção; (4) abordagem integral dos indivíduos e das famílias. No que se refere à preferência das ações de promoção e prevenção, destaca-se a concepção de que promoção de saúde não restringe saúde à ausência de doença, mas que pode também atuar nos determinantes sociais da saúde. Além de oportunizar a garantia de acesso aos diferentes níveis de atenção (básica e especializada), pois é assim que deve ocorrer a integração das ações nos diversos níveis para garantir os cuidados necessários à demanda do usuário, a partir da articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (Giovanella *et al.*, 2002; Oliveira; Pereira, 2013).

Finalmente, quanto ao atributo 4– Coordenação de atenção – este requer a continuidade da atenção numa sequência de eventos e reconhecimento dos problemas/demandas do usuário (Starfield, 2002). Pode ser entendida como a articulação entre os diferentes serviços e ações de saúde (Oliveira; Pereira, 2013), devendo ser a oferta do serviço que atende à demanda do usuário nos diferentes pontos na rede de atenção à saúde. Assim, a coordenação acontece quando o usuário consegue transitar adequadamente na rede alcançando os tratamentos necessários, evitando, assim, a duplicidade de ações e medicalização desnecessárias. Portanto, a coordenação deve oferecer ao usuário que precisa de cuidados de maior complexidade e orientações para garantir a continuidade adequada nas diferentes especialidades (Oliveira; Pereira, 2013).

Em complemento aos atributos essenciais, seguem os atributos derivados, segundo Starfield (2002). Quanto ao atributo 5 – A orientação familiar – tal orientação está relacionada ao conhecimento dos fatores familiares associados à origem e ao cuidado das doenças com entendimento das condições de vida no contexto do paciente e da família. É necessário conhecer os membros da família, ter informações para saber lidar com os problemas/demandas de saúde dos pacientes. Portanto, é fundamental considerar o contexto de convívio familiar e comunitário, pois os determinantes sociais e ambientais interferem na saúde dos pacientes (Starfield, 2002).

Quanto ao atributo 6 – A orientação da comunidade – tal orientação está relacionada ao conhecimento sobre as demandas/necessidades da comunidade no contexto social, seja através de dados, entrevistas, prontuários, questionários, dados epidemiológicos e do contato direto com a população/comunidade, bem como, a relação com a comunidade para planejar e avaliar conjuntamente as ações e serviços a partir do entendimento das distribuições das características de saúde na comunidade (Starfield, 2002).

Finalmente, quanto ao atributo 7– A competência cultural –tal competência refere-se ao reconhecimento das demandas/necessidades especiais das subpopulações. Está relacionada às características culturais, como: raça, etnias, religião, hábitos culturais especiais. É necessário reconhecer as necessidades culturais especiais para que a população reconheça que suas necessidades culturais especiais estão sendo contempladas (Starfield, 2002).

Para Starfield (2002), é possível mensurar a capacidade-desempenho da Atenção Primária a partir da associação dos elementos estruturais: ((I) acessibilidade, (II) variedade de serviços, (III) definição de população eletiva e (IV) continuidade) com os elementos de desempenho: ((1) utilização dos serviços pela população e (2) o reconhecimento das necessidades/demandas pelos profissionais). Assim, para saber o potencial de alcance de cada um dos atributos da APS são necessários um dos quatros elementos estruturais e um dos dois elementos de desempenho.

Portanto, na Atenção Primária à Saúde, é fundamental identificar se os serviços são orientados por seus atributos, uma vez que a sua presença possibilita melhores indicadores de saúde, maior satisfação do usuário, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, impacta positivamente o estado de saúde

dos indivíduos (Brasil, 2020). Os atributos essenciais e derivados da APS se configuram como elementos norteadores na proposição de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) baseada na atenção primária como coordenadora e ordenadora do cuidado.

1.3 POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL

No que se refere à saúde bucal, a historicidade, a formação profissional sempre acompanhou às práticas biomédicas, dominantes e excludentes (Almeida; Alves; Leite, 2010). A inserção da odontologia no SUS iniciou após o primeiro levantamento epidemiológico, ocorrido em 1986, o qual revelou índices alarmantes de problemas de saúde bucal dos brasileiros, surgindo a partir daí a implantação de políticas públicas como a fluoretação da água (Narvai, 2007). O segundo levantamento epidemiológico de saúde bucal ocorreu após 10 anos do primeiro levantamento.

No ano de 2000, ocorreu a inserção da saúde bucal no ESF. Dessa forma, objetivava um novo modelo assistencial em saúde bucal junto aos preceitos do SUS com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF. Essa inclusão ocorreu em 28 de dezembro de 2000 através da portaria número 1444, a qual regulamentou o incentivo financeiro para a integração da ESB visando à ampliação do acesso da população aos serviços odontológicos (Brasil, 2000).

Em 2003, ocorreu o terceiro levantamento epidemiológico em saúde bucal, este mostrou a efetividade da fluoretação das águas em decorrência da diminuição do CPO-D (número médio de dentes cariados, perdidos e obturados) (Brasil, 2004). Ainda em 2003, foi implantado o Programa Brasil Sorridente, este programa tinha como objetivo ampliar o acesso aos serviços odontológicos especializados com a criação em 2004 do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (Brasil, 2006). Vale destacar que já no ano de 2009, ocorreu a aquisição de Unidades Odontológicas móveis (UOMs) através do MS objetivando alcance de populações de difícil acesso. Cronologicamente, em 2010 ocorreu o penúltimo levantamento epidemiológico de saúde bucal (Brasil, 2011).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), esta ganhou a denominação de “Programa Brasil Sorridente”, objeto da Portaria nº 2607 de 10 de dezembro de 2004

do MS (Brasil, 2004). Esse documento enfatizava a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, bem como norteou as linhas de ações necessárias para um modelo de assistência odontológica pautada na promoção, prevenção e tratamento, buscando reorientar os serviços ofertados com foco no conceito de cuidado integral (Brasil, 2004).

Adicionalmente, o projeto "SB Brasil 2020" representa a continuação das pesquisas realizadas em 2003 e 2010, as quais estabelecem uma série de dados epidemiológicos da saúde bucal dos brasileiros. Este histórico da saúde bucal desempenha um papel fundamental para estratégias de avaliação e planejamento dos serviços, ao mesmo tempo em que solidifica um modelo metodológico e define claramente o componente de vigilância à saúde, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela PNSB - Brasil Sorridente (Brasil, 2020).

O Projeto SB Brasil de 2020/2023 teve resultados provisórios divulgados em junho de 2024. Este levantamento envolveu mais de 40 mil pessoas. Desse quantitativo, 7.198 foram crianças de 5 anos de idade. A pesquisa nacional de saúde bucal apresentou como resultado inicial que 53,17% dessas crianças não possuem cárie. Esse resultado comparado com o resultado da última pesquisa, em 2010, foi 14% maior. Nessa prévia dos resultados percebeu-se o aumento de crianças de 5 anos livres da doença cárie nas regiões Sul (aumento de 40,7% entre 2010 e 2023), Sudeste (21,9%), Nordeste (17,1%) e Norte (11,2%), em capitais e cidades do interior, apenas a região Centro-oeste apresentou menor percentual na proporção (de 38,8% para 37,9%) (Brasil, 2024).

Os levantamentos epidemiológicos ajudam a reorganizar o planejamento das atenções em saúde bucal em todos os níveis de atenção, estando a saúde não apenas centrada na assistência aos doentes, e sim, na incorporação de ações mais abrangentes, bem como, no desenvolvimento de ações intersetoriais. Assim, trazendo humanização nas ações e serviços de saúde de forma a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (Brasil, 2004).

No mês de maio de 2023, ocorreu a sanção do projeto de lei nº 8113/2017, que incluiu a Política Nacional de Saúde Bucal na Lei Orgânica da Saúde. A partir desse marco, a Saúde Bucal se estabelece como um direito legalmente assegurado a todos os cidadãos brasileiros, e a primeira medida a ser adotada pelo Ministério da Saúde é o fortalecimento do programa e a ampliação dos serviços de atendimento (Brasil, 2023).

Dessa forma, a lei nº 14.572 de 8 de maio de 2023 orienta a Política Nacional de Saúde Bucal dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e modifica a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incorporando a saúde bucal como uma área de atuação do SUS (Brasil, 2023). Esta lei estabelece as diretrizes e ações para promoção da saúde bucal da população, garantindo o acesso a serviços odontológicos de qualidade através do SUS.

Adicionalmente, a Portaria nº 751, datada de 15 de junho de 2023, que emenda a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, vem com o propósito de instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) (Brasil, 2023). Esta portaria tem como foco expandir a disponibilidade de atendimento odontológico especializado no âmbito do SUS. Além de delinear a estrutura, regulamentação e operação desses serviços especializados, tais iniciativas desempenham um papel fundamental na promoção da saúde bucal da população brasileira, assegurando que os indivíduos tenham acesso a cuidados odontológicos adequados e especializados, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de problemas bucais (Brasil, 2023).

Além do mais, partir dessas mudanças, após a sanção do projeto de lei nº 8113/2017, a portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023, altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, com o objetivo de promover mudanças no sistema de pagamento por desempenho da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2023).

O pagamento por desempenho é uma estratégia que visa incentivar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde, recompensando aqueles que alcançam metas e resultados estabelecidos. Essa portaria detalha as mudanças no sistema de pagamento por desempenho da saúde bucal na APS, tornando-se um instrumento importante para a gestão e aprimoramento dos serviços de saúde bucal no Brasil (Brasil, 2023).

Os indicadores de saúde bucal são instrumentos importantes e devem ser considerados para o planejamento das ações, pois através dos indicadores é possível avaliar o impacto da aplicação dos recursos nas ações desenvolvidas na assistência prestada à população (Neves; Giordani; Hugo, 2019). Contudo, Santos *et al.* (2023) mostram uma expressiva diminuição dos resultados dos indicadores de saúde bucal no Brasil entre 2018 e 2021 – momento dificultado pela crise sanitária

da COVID-19 – influenciada pela visão privatista do governo federal no período, contrário aos princípios do SUS e favorável à iniciativa privada.

Relativamente aos serviços públicos de assistência à saúde bucal, Pezzato, L'Abbate e Botazzo (2013) identificam três desafios encontrados neste cuidado: “a ampliação do acesso com promoção da equidade; a integralidade e a adequação dos temas de saúde bucal pelos espaços do controle social”.

A odontologia apresenta uma abordagem centrada em procedimentos relacionados aos aspectos da doença, ou seja, uma odontologia que não é direcionada à produção de saúde. E isso é notado nos modelos de formação dos profissionais, tanto da graduação quanto da pós-graduação que, em sua maioria, configuram uma formação de caráter biologicista e curativista (Pezzato; L'Abbate; Botazzo, 2013).

Desse modo, permanecem atuais os desafios relativos à formação profissional, modelos de atenção, gestão e processos de trabalho na saúde bucal na APS, ESF e no cuidado em rede para a implementação de políticas de saúde bucal que respondem às necessidades de saúde da população brasileira.

A PNSB oportunizou avanços no que tange à ampliação da saúde bucal, no entanto, ainda existem deficiências em fatores primordiais, como: tecnologias necessárias em equipamentos, materiais, manutenção, recursos odontológicos e contratação em recursos humanos, e, conseqüentemente, tais deficiências enfraquecem a assistência odontológica e o acesso aos serviços ofertados (Sanchez; Braga, 2014).

Por conseguinte, essas deficiências trazem prejuízos à assistência à saúde bucal impactando diretamente a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente, do ponto de vista da universalidade, equidade e integralidade. Portanto, são necessários estudos direcionados à compreensão da assistência odontológica. Assim, a presente pesquisa busca analisar a produção científica sobre os serviços de Saúde Bucal no Brasil relacionando-os aos atributos da APS.

1.4 PROBLEMA DE PESQUISA

A Atenção à Saúde Bucal na APS pressupõe os princípios e diretrizes do SUS, os Atributos da APS os princípios da ESF, a PNAB (2017) e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB, 2004). Contudo, ao se considerar a realidade dos serviços

de saúde bucal na APS, em seus específicos contextos socioeconômicos e político-administrativos locais, há a possibilidade de a institucionalização destes princípios manifestar-se inadequada, parcial, insuficiente, discrepante ou contraditória, em relação a tais referenciais político-sanitários teóricos e diretrizes normativas. Desse modo, este estudo apresenta como pergunta norteadora:

Como os atributos da APS relacionam-se aos serviços de Saúde Bucal na literatura científica brasileira?

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar os atributos da APS relativos aos serviços de Saúde Bucal no Brasil na literatura científica.

1.5 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO ESPERADA

Partindo do meu cenário de prática no município de Ibiraci/MG, vivencio a ausência de equipe de Estratégia de Saúde Bucal, bem como a falta de uma rede de referência eficaz, já que o município não dispõe de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Nesse contexto, a população local é atendida por dentistas que fazem parte de equipes tradicionais com carga horária de 20 horas semanais e são responsáveis por atendimentos odontológicos aos 10.948 habitantes da cidade, conforme estimativas do IBGE [2023] deverá aumentar para 11.057 habitantes em 2024.

O serviço de saúde bucal tem um formato tradicional desvinculado da Estratégia Saúde da Família, sem Equipes de Saúde Bucal (ESB). Percebem-se dificuldades para a implantação da PNSB e ESB. Apesar de ter havido oportunidades de credenciamento e novas portarias nacionais incentivando a implantação de novas equipes de saúde bucal, não houve decisão dos gestores locais por essas iniciativas. Ao observar a dificuldade de institucionalização de uma rede de atenção em saúde bucal, infiro que esse impasse seja comum a outros municípios brasileiros.

Para além de dificuldades orçamentárias locais, as opções políticas e os modelos de atenção (não) implementados seriam determinantes para a implantação da PNSB nos diversos contextos municipais. O Brasil é significativamente grande em termos territoriais, apresentando uma vasta diversidade cultural, social e econômica. Essas diversidades têm reflexo no contexto de saúde e na oferta de serviços no SUS. Dessa forma, a assistência à saúde da população pode apresentar limitações

no cumprimento das diretrizes e políticas de saúde. Sendo assim, pode ocorrer de não haver equipe de Estratégia de Saúde Bucal, nem referência na rede de atenção à saúde, bem como ausência da contemplação dos atributos da APS nos serviços odontológicos.

Frente a um cenário que apresenta disparidades no cumprimento das diretrizes e políticas de saúde bucal, faz-se necessário verificar a presença dos atributos da APS no serviço odontológico, pois as contradições e insuficiências na rede de cuidado em saúde bucal podem ser melhoradas a partir da instituição de serviços eficazes capazes de atender aos usuários em suas necessidades.

Por meio dessa revisão integrativa, o presente estudo pretende contribuir para a qualificação da assistência odontológica na rede de cuidado em saúde bucal no município, além de, ao favorecer uma melhor compreensão dos atributos e das lacunas presentes nos serviços de saúde, contribuir com os diversos municípios brasileiros em semelhantes condições, ao possibilitar o enfrentamento das dificuldades no cotidiano do trabalho no SUS.

Esta revisão pretende igualmente contribuir com informações importantes de interesse da comunidade acadêmica sobre os atributos da APS na atenção em saúde bucal, junto a pesquisadores da área da Saúde Coletiva, da Odontologia e da Gestão de políticas públicas, no sentido de ajudar na formulação de políticas públicas, e oportunizar ações mais eficazes e direcionadas às reais necessidades da população.

Em relação à população, o estudo espera promover o conhecimento sobre os serviços de saúde bucal, promover maior conscientização quanto a sua importância, subsidiar a comunidade pela participação popular e controle social junto ao Conselho de Saúde para garantir melhores serviços e a efetiva implantação dessa relevante política de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os atributos da APS nos serviços de Saúde Bucal do SUS na literatura científica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar o atributo Atenção de Primeiro Contato nos serviços de saúde bucal do SUS na literatura;
- b) Investigar o atributo Longitudinalidade nos serviços públicos de saúde bucal do SUS na literatura;
- c) Estudar o atributo Integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS na literatura;
- d) Pesquisar o atributo Coordenação da Rede de Atenção em Saúde Bucal do SUS na literatura;
- e) Analisar o atributo Orientação Familiar nos serviços de saúde bucal do SUS na literatura;
- f) Estudar o atributo Orientação Comunitária nos serviços de saúde bucal do SUS na literatura;
- g) Pesquisar o atributo Competência Cultural nos serviços de saúde bucal do SUS na literatura.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo se configura em uma revisão integrativa de literatura (RIL) sobre os atributos da APS nos serviços de saúde bucal no Brasil. Na literatura encontram-se trabalhos de diferentes autores com a descrição da RIL, entre eles Broome (1993); Whittemore e Knafl (2005); Souza, Silva e Carvalho (2010) e Mendes *et al.* (2008). Entre as modalidades de revisão de literatura, incluem-se as revisões narrativa (Rother, 2007), sistemática (Galvão; Pereira, 2014) e integrativa (Mendes *et al.*, 2008).

A RIL utiliza métodos explícitos e sistemáticos para analisar, identificar e selecionar os estudos relevantes. Mas se difere da revisão sistemática por ser um método mais amplo com a combinação da literatura teórica e empírica. Além de permitir a inclusão de estudos primários e teóricos (Whittemore; Knafl, 2005). A revisão integrativa possibilita aos profissionais de saúde dados importantes sobre determinado tema e também facilita o acesso às informações mais relevantes de forma sintetizada (Mendes, 2008).

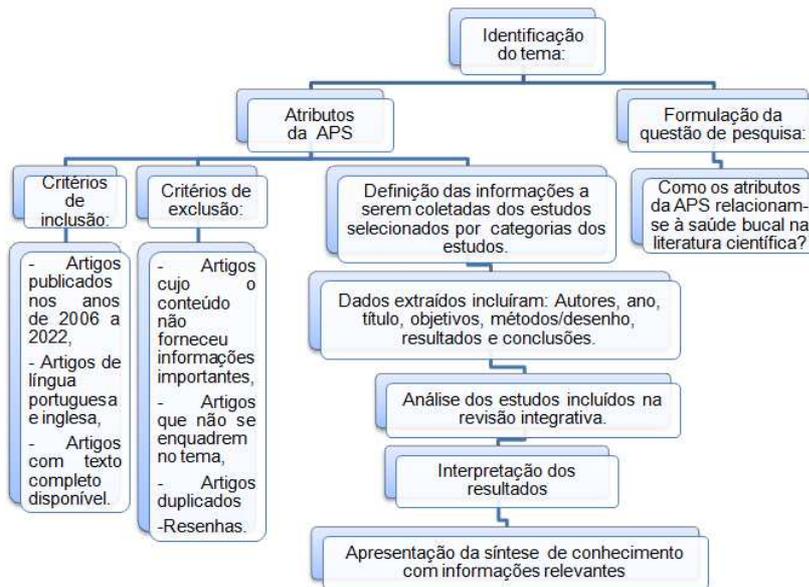
O método da revisão integrativa é realizado a partir do estudo de diversos artigos publicados em uma determinada área de conhecimento. A seleção acontece a partir da busca dos artigos que são relevantes à temática a ser pesquisada. A análise para determinar se os estudos serão válidos deve ser de forma sistematizada (Broome, 1993).

As revisões integrativas são flexíveis e podem variar em qualidade dependendo dos estudos incluídos. A qualidade da evidência em qualquer tipo de revisão depende da seleção cuidadosa dos estudos, da avaliação crítica da qualidade desses estudos e da rigorosa síntese dos resultados. O presente estudo optou por fazer referência à metodologia mencionada em um trabalho de Mendes *et al.* (2008).

De acordo com Mendes *et al.*(2008), a revisão integrativa da literatura é organizada em seis etapas: na primeira, ocorre a identificação do tema e formulação da questão de pesquisa para elaborar a revisão integrativa; a segunda etapa estabelece os critérios de inclusão e exclusão de estudos na busca da literatura nas bases de dados; na terceira etapa, ocorre a definição das informações a serem

coletadas dos estudos selecionados por categoria dos estudos, ocorrendo nesse momento a síntese das informações importantes; na quarta etapa, ocorre a análise dos estudos incluídos na revisão integrativa com análise detalhadamente dos dados dos estudos de forma crítica para possíveis explicações de resultados diferentes ou conflitantes com outros estudos; a quinta etapa realiza a interpretação dos resultados através da discussão e comparação do conhecimento teórico das principais informações resultantes da revisão integrativa, e na sexta etapa, realiza-se a apresentação da síntese de conhecimento com informações relevantes que possibilita compreender a elaboração e os aspectos pertinentes ao tema de pesquisa mediante os estudos incluídos na amostra.

Figura 1 – Fluxograma – Organização das etapas da Revisão Integrativa



Fonte: Autoria própria (2023).

3.2 COLETA DOS DADOS

O estudo configura uma revisão integrativa realizada na biblioteca digital de livre acesso *ScientificElectronic Library Online* - SciELO. Foram utilizados os descritores combinados com os operadores booleanos da seguinte forma: (ti:("Saúde Bucal")) AND (ti:("Atenção Primária à Saúde")) OR (ti:("Saúde da Família")) AND (ti:(trabalho)). A busca no banco de dados foi realizada em 17 de agosto de 2023.

Quadro 1 – Critérios de busca da seleção dos artigos

Itens	Especificações
Base	SciELO
Palavras-chaves	Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Trabalho
Descritores de busca	(ti:("Saúde Bucal")) AND (ti:("Atenção Primária à Saúde")) OR (ti:("Saúde da Família")) AND (ti:(trabalho))
Tipo de documento	Artigos (34) e Resenha de livro (2)
Período	2006 a 2022
Linguagem	Português e inglês
Quantidade	36 referências inicialmente selecionadas, 20 referências após exclusões

Fonte: Autoria própria (2023).

Esse processo garantiu que os artigos incluídos na revisão integrativa fossem relevantes e diretamente relacionados à saúde bucal, à atenção primária à saúde e à saúde da família, proporcionando a análise da relação entre os atributos da APS e os serviços de saúde bucal no Brasil.

3.2.1 Critérios de inclusão e critérios de exclusão

Foram utilizados como critérios de inclusão os artigos publicados nos anos de 2006 a 2022, com texto completo disponível em língua portuguesa ou inglesa e os artigos que se enquadram nas perguntas norteadoras da pesquisa.

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos os artigos duplicados, resenhas de livros e os artigos cujo conteúdo não fornecia informações importantes ou não se enquadrava no tema de pesquisa.

Na revisão da produção científica sobre os atributos da APS relacionados aos serviços de saúde bucal no Brasil, foram identificados preliminarmente 34 artigos e duas resenhas.

Na segunda fase proposta por Mendes *et al.* (2008) – análise dos critérios de inclusão e exclusão – foi feita a verificação de duplicação de artigos. Foram analisados somente artigos, resultando os vinte artigos definitivos para uma leitura minuciosa dos títulos, resumos e verificação de validade para compor a amostra final dos estudos selecionados. Após a leitura dos títulos e resumos, os 20 artigos atenderam aos critérios de inclusão e compuseram a amostra final de estudo, prevalecendo produções entre os anos 2016 e 2018, com 11 artigos.

Quanto às principais revistas que abordaram o tema, destacaram-se Saúde em Debate; Caderno de Saúde Pública; Ciência e Saúde e Sociedade; Trabalho, Educação e Saúde; Physis: Revista de Saúde Coletiva; Revista Brasileira de Epidemiologia; Cadernos Saúde Coletiva; RGO - Revista Gaúcha de odontologia e Revista de Administração Pública.

Tabela 1 – Produção científica sobre Saúde Bucal e atributos da APS publicados na base SciELO por ano, no período entre 2008 a 2022

Ano	2008	2009	2012	2015	2016	2017	2018	2019	2022
Número	1	1	2	2	3	3	5	2	1

Fonte: Dados de pesquisa (2023).

3.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização dos artigos ocorreu em ordem cronológica de publicação dos artigos selecionados. Foram identificados pela letra “A” acrescida da numeração da ordem apresentada na Tabela 1. Assim, A3 representa o terceiro artigo em ordem de publicação. Essa abordagem permitiu compor a amostra final de maneira organizada e sistemática, conforme proposto pelo instrumento de sistematização dos artigos com as principais informações, no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Instrumento de sistematização dos artigos por autor, ano de publicação, título, objetivos, metodologia, resultados e conclusões

Nº	Autores	Ano	Títulos	Objetivos	Métodos/ desenho	Principais resultados / conclusões
A1						
An						

Fonte: Autoria própria (2023).

Quanto à análise dos dados, sua metodologia foi estrategicamente realizada em três fases:

1. Mapa Conceitual: previamente à efetiva análise, o estudo desenvolveu um Mapa Conceitual a partir da literatura sobre os atributos da APS; e para a construção do Mapa Conceitual utilizou-se o *software Cmap Tools*.

De acordo com Ferreira, Cohrs e De Domenico (2012), o *Cmap Tools* é um *software* utilizado para construir mapas conceituais de forma sistematizada. Este *software* facilita a visualização das informações do mapa. Ele foi desenvolvido pelo *Institute for Human Cognition (IHMC) da University of West Florida*. Este *software* apresenta recursos de formatação como a utilização de setas, espaços pré-estabelecidos para a colocação de palavras de ligação. Ao utilizar o *Cmap Tools* percebi que esses recursos se mostraram em alguns momentos como fatores dificultadores para a elaboração e manejo do *software* durante a elaboração do mapa.

2. Matriz de categorias: em seguida, esses atributos foram detalhados em uma matriz de categorias que definiram categorias, subcategorias, temas e palavras-chave que constituiram as efetivas categorias de análise a priori. Utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo temática de Bardin (1977).

3. Processamento do material empírico – os artigos científicos foram selecionados e analisados pela matriz de categorias. O processamento dos artigos ocorreu a partir da verificação dos atributos da APS na assistência odontológica a partir das informações contidas nos artigos selecionados, as quais foram analisadas

a partir do Quadro 3. Na sequência, para o processamento das informações a serem analisadas, utilizou-se uma matriz de categorias, subcategorias, temas e palavras-chave, desenvolvida a partir de um mapa conceitual, previamente elaborado a partir de referências teóricas dos autores Starfield (2002), Donabedian *apud* Oliveira e Pereira (2013), Travassos e Martins (2004).

Em síntese, na análise de conteúdo temático produzida neste estudo, o processamento de dados constituiu o cotejamento entre a matriz de categorias/temas de análise com o material empírico advindo dos artigos selecionados na pesquisa bibliográfica.

Quadro 3 – Instrumento de análise dos atributos essenciais e derivados da APS identificados nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008, 2022 e 2024

Nº	Autores	1. Acesso de Primeiro Contato	2. Longitudinalidade	3. Integralidade	4. Coordenação de Atenção	5. Orientação Familiar	6. Orientação Comunitária	7. Competência Cultural

Fonte: Autoria própria (2023).

3.3.1 Mapa conceitual

De acordo com Novak e Cañas (2010),

Mapas conceituais são ferramentas gráficas para a organização e representação do conhecimento, incluem conceitos, geralmente dentro de círculos ou quadros de alguma espécie, e relações entre conceitos, que são indicadas por linhas que os interligam. As palavras sobre essas linhas, que são palavras ou frases de ligação, especificam os relacionamentos entre os conceitos (Novak; Cañas, 2010, p. 10).

No presente estudo, o mapa conceitual apresentou os atributos essenciais e derivados da APS e as relações entre os conceitos. Essa metodologia permitiu um melhor entendimento e ajudou a organizar de forma estruturada o processamento dos artigos em relação aos atributos da APS na saúde bucal, resultando em uma compreensão abrangente dos resultados encontrados nos artigos selecionados.

3.3.2 Matriz de categorias

Os tópicos do Mapa conceitual foram assumidos como categorias para análise temática, na perspectiva de Bardin (1977). O presente estudo utilizou a análise temática, a qual é uma das técnicas de análise de conteúdo.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aprimoramento que utilizam conteúdos diversificados. É uma análise que parte de uma interpretação baseada na inferência, ou seja, alterna entre a precisão da objetividade e da subjetividade. No que se refere a uma análise temática esta é mais adaptável, permite gerar temas a partir dos dados; e é muito utilizada em abordagem qualitativa. Portanto, a análise temática consiste “em descobrir os núcleos de sentidos, que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido” (Bardin, 1977, p.105).

A análise temática aconteceu a partir do reconhecimento e mapeamento dos temas e categorias presentes nos artigos selecionados. Nessa perspectiva metodológica, a partir do mapa conceitual – que sistematizou os principais objetos para a realização de posterior análise temática dos artigos selecionados – foi desenvolvida uma matriz de categorias, subcategorias, temas e palavras-chave, conforme o Quadro 4, a seguir.

Quadro 4 – Matriz de categorias, subcategorias, temas e palavras-chave relativas aos atributos da APS, 2024

CATEGORIAS (ATRIBUTOS)	SUBCATEGORIAS	TEMAS (do mapa e da experiência)	PALAVRAS-CHAVE (palavras específicas que remetem diretamente às subcategorias e temas)
ATENÇÃO DE PRIMEIRO CONTATO	1. Acesso (Oportunidade ou facilidade de obter ou receber serviços de saúde quando necessita). 2. Acessibilidade. 3. Utilização.	1.1. Primeiro contato. 1.2. Porta de entrada. 1.3. Tempo de espera. 1.4. Disponibilidade de serviços. 1.5. Triagem. 1.6. Acolhimento. 1.7. Agendamento de consultas. 1.8. Barreiras de acesso. 2.1. Acessibilidade Geográfica. 2.2. Acessibilidade Temporal. 2.3. Acessibilidade Econômica. 2.4. Acessibilidade Cultural. 3.1. Uso efetivo dos serviços de saúde. 3.2. Necessidades de saúde (Morbidade, gravidade e urgência da doença). 3.3. Características individuais e sociais dos usuários (Características demográficas por exemplo: idade, sexo) quanto à utilização.	Acesso; acessibilidade; espera; lista; vaga; agenda/agendamento; demora; tempo; atendimento; consulta.
INTEGRALIDADE (no âmbito da USF)	4. Reconhecimento de todos os tipos de problemas (Abrangência). 5. Articulação das ações individuais e coletivas. 6. Abordagem integral do indivíduo e das famílias.	4.1. Reconhecimento de todos os Problemas funcionais, orgânicos e sociais (Física, Mental, Social e familiar). 5.1. Integração de práticas de saúde coletiva e de atenção clínica. 6.1. Promoção, Prevenção e Reabilitação.	Integral; integralidade (do cuidado e da gestão); prevenção; promoção; educação; tratamento; recuperação; reabilitação.
LONGITUDINALIDADE	7. Continuidade ao longo do tempo. 8. Conhecimento dos pacientes e	7.1. Evolução do quadro clínico. 8.1. Conhecimento da equipe sobre	Retorno; tratamento contínuo; vínculo; confiança; acompanhamento;

CATEGORIAS (ATRIBUTOS)	SUBCATEGORIAS	TEMAS (do mapa e da experiência)	PALAVRAS-CHAVE (palavras específicas que remetem diretamente às subcategorias e temas)
	<p>de seus problemas</p> <p>9. Diagnóstico e atenção precoces</p> <p>10. Relação usuário-equipe de saúde, confiança e vínculo.</p> <p>11. Monitoramento do estado de saúde.</p>	<p>os pacientes e seus problemas de saúde.</p> <p>8.2. Conhecimento dos pacientes sobre seus problemas de saúde.</p> <p>9.1. Diagnóstico mais preciso.</p> <p>10.1. Vínculo.</p> <p>10.2. Cooperação mútua paciente/profissional e autocuidado.</p> <p>10.3. Adesão ao Tratamento.</p> <p>11.1. Acompanhamento do quadro de saúde.</p>	<p>monitoramento; prontuário; registros; adesão (ao tratamento); diagnóstico.</p>
<p>COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO (inclui a integralidade da gestão do cuidado nos diferentes níveis de atenção da rede)</p>	<p>12. Integração de serviços em Rede hierarquizada e descentralizada de Atenção.</p> <p>13. Articulação entre profissionais.</p> <p>14. Fluxo de informações.</p>	<p>12.1. Acesso aos diferentes níveis de cuidados;</p> <p>12.2. Sistema eficaz de referência e contrarreferência.</p> <p>13.1. Tratamento multidisciplinar.</p> <p>13.2. Encaminhamentos entre especialidades.</p> <p>14.1. Comunicação entre profissionais de saúde.</p> <p>14.2. Registro e transferência de informações sobre os problemas de saúde dos usuários.</p>	<p>Encaminhamentos; referência; contrarreferência; especialidades; Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); multidisciplinar/multidisciplinaridade; multiprofissional/multiprofissionalidade; trabalho em equipe.</p>
<p>ORIENTAÇÃO FAMILIAR (está relacionado ao conhecimento dos fatores familiares associados à origem e ao cuidado das doenças com entendimento das condições de vida no contexto do paciente e da família).</p>	<p>15. Apoio da Equipe de saúde à família.</p> <p>16. Educação em saúde para a família.</p> <p>17. Engajamento da família no cuidado.</p>	<p>15.1. Compreensão da Equipe de saúde quanto ao papel da família no processo de saúde.</p> <p>15.2. Compreensão das necessidades familiares.</p> <p>15.3. Construção de redes de apoio familiar.</p> <p>16.1. Promoção de ações educativas dirigidas às famílias.</p> <p>17.1. Compreensão da família quanto ao seu papel no processo de saúde.</p>	<p>Suporte familiar, estrutura familiar, dinâmica familiar, apoio familiar, estrutura familiar, educação familiar; palestra; ação educativa; orientação familiar.</p>

CATEGORIAS (ATRIBUTOS)	SUBCATEGORIAS	TEMAS (do mapa e da experiência)	PALAVRAS-CHAVE (palavras específicas que remetem diretamente às subcategorias e temas)
		17.2. Promoção do ambiente domiciliar como cenário para o cuidado.	
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	18. Intervenção na comunidade. 19. Capacitação comunitária. 20. Parcerias com organizações locais.	18.1. Conhecimento da Equipe de Saúde quanto às necessidades de saúde da população adscrita. 19.1. Promoção da saúde na comunidade. 19.2. Conscientização da comunidade sobre questões de saúde pública. 20.1. Envolvimento da comunidade em programas de prevenção e tratamento.	Envolvimento comunitário, ações comunitárias, intervenções comunitárias, participação comunitária.
COMPETÊNCIA CULTURAL	21. Diversidade cultural. 22. Reconhecimento cultural. 23. Adaptabilidade cultural.	21.1. identificação de Crenças e valores culturais. 22.1. identificação de Características específicas (étnicas, raciais e culturais). 22.2. identificação de Necessidades específicas de grupos populacionais. 23.1. Reconhecimento e Promoção de Práticas de saúde populares e tradicionais.	Competência cultural, diversidade cultural, sensibilidade cultural, costumes, crenças, tradições, conhecimento popular, saber popular, medicina popular.

Fonte: Adaptado de Starfield (2002), Donabedian *apud* Oliveira e Pereira (2013) e Travassos e Martins (2004).

4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa com base em dados secundários, orientada por uma RIL, o presente trabalho não solicitou avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).

4.1 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Previamente à apresentação dos resultados, cabe informar as possíveis limitações deste estudo.

Em abordagens positivistas, a utilização da análise de conteúdo, com forte componente interpretativo, poderia ser considerada fragilidade neste estudo. Contudo, essa interpretação está ancorada em pressupostos teóricos da pesquisa qualitativa, das pesquisas sociais e, na Saúde Coletiva, da área de ciências sociais e humanas na saúde. Em acréscimo, principalmente, a problematização das contradições entre atributos da APS e os desafios de sua instituição e eficácia enquanto política pública, este estudo se apoia na experiência concreta da pesquisadora nos serviços de saúde bucal municipais, junto aos usuários e equipes de saúde, sendo assim, pressuposto de legitimidade quanto às análises oferecidas.

Não obstante, autores como Whitemore e Knalf (2005) mencionam que a realização de uma revisão de literatura apresenta a limitação de um alto risco de tendência a uma perspectiva parcial, em detrimento de outras alternativas. Isso ocorre pela falta de diretrizes claras para sua condução, o que pode resultar em conclusões não eficazes e suscetíveis a erros nos resultados obtidos.

Outra limitação refere-se à escassa quantidade de publicações sobre os atributos da APS especificamente relacionadas à saúde bucal, pois a identificação desses atributos foi estabelecida a despeito da intencionalidade dos estudos. Nesse aspecto, a título de exemplificação, alguns dos estudos não utilizaram o atributo integralidade, ainda que a abordagem do tema deste atributo tenha sido identificada por equivalência conceitual à promoção, prevenção e reabilitação. Mais difícil foi abordar os atributos derivados – orientação familiar; orientação comunitária; competência cultural – muito distantes das preocupações e interesses prevalentes entre cirurgiões-dentistas, gestores e outros profissionais geralmente representativos da abordagem biomédica tradicional.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O principal objetivo desta revisão é analisar os atributos da APS relativos aos serviços de Saúde Bucal no Brasil na literatura científica. Esta análise busca apresentar e discutir cada atributo da APS identificado nos artigos publicados. Os atributos serão precedidos de um quadro inicial e seguidos de quadro-síntese final.

Os resultados serão apresentados, primeiramente, pela identificação e caracterização dos artigos e de seus principais aspectos, como apresentado no Quadro 5. Em seguida serão apresentados os atributos essenciais e derivados da APS relacionados à saúde bucal, identificados nos 20 artigos científicos selecionados no período entre 2008 e 2022 (Quadro 5). Por fim, será apresentado cada atributo essencial e derivado com seus respectivos temas de análises, seguido de sua discussão específica (Quadros 7, 8, 9, 10,11, 12 e 13).

Quadro 5 – Caracterização dos artigos publicados entre 2008 e 2022 na base SciELO sobre Saúde Bucal e atributos da APS por autor, ano de publicação, título, objetivos, metodologia, resultados e conclusões

Nº	Autores	Ano	Títulos	Objetivos	Métodos/desenho	Principais resultado / conclusões
A1	Koyashiki, <i>et al.</i> , 2008	2008	O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família.	Compreender o trabalho em saúde bucal do ACS em Unidades de Saúde da Família, no ano de 2005.	Estudo de abordagem qualitativa.	Ausência de processos formadores voltados à qualificação profissional em saúde bucal. A formação recebida pelos ACS tem sido o espelhamento da formação que outros membros da ESF receberam. Reconhece a importância dos ACS na transformação social.
A2	Rocha e Araújo, 2009	2009	Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN.	Descrever e analisar as condições de trabalho dos dentistas nas ESBs do PSF, no Distrito Sanitário Norte em Natal, RN.	Pesquisa exploratória e descritiva.	Os principais problemas: falta de estrutura física adequada (20,69%), demanda reprimida de pacientes (17,24%), falta de material educativo (15,52%), falta de integração entre profissionais (13,78%) e dificuldade de compreensão do novo modelo de assistência e falta de manutenção de equipamentos (6,90%).
A3	Pimentel <i>et al.</i> , 2012	2012	Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico.	Analisar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional.	Pesquisa avaliativa caracterizada como estudo de corte transversal do tipo amostral, representativo para o Estado de Pernambuco.	A pesquisa não encontrou diferenças significativas em relação ao porte populacional, mas identificou maior a integração comunitária em municípios grandes, já a marcação por microárea e a demanda espontânea são mais frequentes em municípios médios e pequenos.
A4	Esposti <i>et al.</i> , 2012	2012	O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.	Analisar a compreensão dos CDs potenciais docentes para os cursos de formação de TSBs dos municípios da RMGV-ES sobre o processo de trabalho desses profissionais e sobre suas relações com os CDs e com a equipe de saúde.	Estudo de abordagem qualitativa.	Desinformação sobre a profissão de TSB por parte da equipe de saúde impede relações produtivas no campo da saúde bucal, evitando resultados mais eficazes.
A5	Gomes e	2015	O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva:	Desvelar os problemas éticos na nova realidade	Pesquisa qualitativa do tipo	Existem muitos problemas éticos na área odontológica: 1) o controle excessivo do

Nº	Autores	Ano	Títulos	Objetivos	Métodos/desenho	Principais resultado / conclusões
	Ramos, 2015		ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva.	de trabalho dos profissionais da odontologia, pós-reestruturação produtiva.	exploratório descritivo.	trabalho profissional, que gera desconfiança em vez de respeito; 2) a realização de exames desnecessários, resultando em conflitos éticos; 3) a sensação de desamparo devido à falta de proteção coletiva, que dá vantagem aos convênios em detrimento dos direitos dos profissionais e pacientes.
A6	Pires e Botazzo, 2015	2015	Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da Política Nacional de Saúde Bucal.	Discutir a organização tecnológica dos modelos de atenção à saúde bucal à luz da Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB.	Este estudo estruturou-se em um histórico das políticas de saúde bucal no Brasil.	Há necessidade de redirecionar as práticas de saúde bucal, visto que na maioria dos municípios pesquisados, as ações das (ESB) na (ESF) estão em desacordo com as diretrizes dos documentos oficiais.
A7	Galvêas <i>et al.</i> , 2016	2016	Singularidades no processo de trabalho entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões-dentistas.	Compreender as singularidades existentes na relação de trabalho entre os TSBs e cirurgiões-dentistas.	Estudo com abordagem qualitativa.	É importante que os TSBs assumam suas funções, dessa forma, os profissionais de nível superior assumiriam tarefas mais complexas, possibilitando ou aumentando a cobertura dos serviços odontológicos em um menor custo.
A8	Lima <i>et al.</i> , 2016	2016	Inserção do técnico em saúde bucal no Sistema Único de Saúde: A instabilidade dos vínculos de trabalho e a desvalorização profissional.	Avaliar a inserção dos TSBs formados pela ESP-CE no SUS.	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.	6,8% não tinham cadastro no CNES, 19,9% tinham seus cadastros em branco, restando 420 (73,3%) com todas as informações preenchidas. Dentre os 420, 67,9% apresentavam no campo CBO, a ocupação de ASB; e 20,7%, a de TSB. A grande maioria dos profissionais com dados cadastrais no CNES são trabalhadores no SUS (99,8%).
A9	Oliveira e Morais, 2016	2016	Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: Limites da Política Nacional de Saúde Bucal.	Investigar o fenômeno da precarização e suas manifestações na atenção à saúde bucal.	Estudo é descritivo e exploratório, com componentes próprios das abordagens quantitativas e qualitativas.	8 dos 13 profissionais entrevistados relatam que seus contratos de trabalho eram temporários. Dois terços dos entrevistados disseram que era entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.999,00 por vinte horas semanais. Nenhum dos dentistas confirmou a existência de um plano de carreira ou de salários. Os problemas abordados mostram uma série de fatores que afetam a qualidade dos cuidados ofertados, o que vai contra os princípios da Política Nacional de Saúde Bucal.

Nº	Autores	Ano	Títulos	Objetivos	Métodos/desenho	Principais resultado / conclusões
A10	Soares <i>et al.</i> , 2017	2017	O processo de trabalho da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBRASIL 2010) na perspectiva dos coordenadores do inquérito.	Identificar a percepção dos coordenadores do SBBrasil 2010 sobre o processo de trabalho da pesquisa.	Estudo transversal com abordagem quantitativa.	Profissionais que trabalharam como coordenadores nos diferentes níveis tiveram percepção positiva do processo de trabalho do SBBrasil 2010. Questões que envolviam o financiamento, como atrasos no repasse de recursos, mostram a necessidade de revisão da estratégia utilizada.
A11	Rossi e Chaves, 2017	2017	Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local.	Analisar as práticas desenvolvidas pelos profissionais de CEO em dois municípios da Bahia.	Dois estudos de caso na Bahia.	O estudo mostrou a importância e a influência da gestão e da capacidade técnica do gestor no processo de trabalho em SB nos CEO, em discussão acerca do papel exercido pela coordenação de SB nos municípios estudados.
A12	Flório <i>et al.</i> , 2017	2017	Work process of an oral health team according to the dentists. Rotina de trabalho da equipe de saúde bucal sob a ótica do cirurgião dentista.	Investigar junto aos dentistas da rede pública de Campinas a adequação da rotina de trabalho em equipe com as atribuições legais e os limites de atuação profissional, dos TSBs e ASBs.	Estudo observacional, transversal e quantitativo.	73,4% dos dentistas relataram ter Pós-Graduação, e 35 profissionais relatam ter especialização em cursos na área de Saúde Coletiva. A maioria das ações das ESB são delegadas de forma compatível com a legislação; existem situações que superam as funções, principalmente dos assistentes; há subutilização de profissionais, em particular dos técnicos de saúde bucal.
A13	Fagundes <i>et al.</i> , 2018	2018	Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB.	Descrever o processo de trabalho das ESB do Brasil, com base nos atributos essenciais da atenção primária à saúde.	Estudo ecológico, de abrangência nacional, com dados secundários.	Piores resultados: a) "referência para as cinco especialidades obrigatórias dos CEOs (7,6%)” e b) "entrega e acompanhamento de próteses dentárias pelas ESB" (10,2%). Há grande variação no processo de trabalho das ESB, os atributos essenciais da APS estão apenas parcialmente incorporados na atenção básica.
A14	Santos e Hugo, 2018	2018	Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	Investigar a associação entre a formação profissional dos CDs na área de SF e os indicadores de processo de trabalho que são desenvolvidos pelas ESB da AB.	Estudo observacional transversal realizado a partir dos dados do segundo ciclo do PMAQ-AB.	Das 19.898 ESB inscritas no 2º ciclo do PMAQ, 18.114 participaram da Avaliação Externa. Importante investir na capacitação dos profissionais de SB para o SUS; necessário superar os efeitos de abordagem odontológica curativista de natureza individualista, que não considera as condições epidemiológicas, sociais, culturais

Nº	Autores	Ano	Títulos	Objetivos	Métodos/desenho	Principais resultado / conclusões
						e econômicas da população.
A15	Baldani <i>et al.</i> , 2018	2018	Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB.	Identificar, entre os padrões de qualidade do segundo ciclo do PMAQ-AB, as desigualdades intermunicipais na organização do processo de trabalho das ESB na ESF	Estudo transversal exploratório, utilizando dados secundários.	As ESB apresentaram diferenças no desempenho em relação à organização do processo de trabalho. Ainda que sujeitas às mesmas diretrizes e políticas de saúde estaduais, as condições sociais, demográficas e econômicas dos municípios estiveram diretamente relacionadas com o desempenho das ESB.
A16	Soares e Freitas, 2018	2018	Trabalho e poder na Secretaria Municipal de Saúde: implantação da Política de Saúde Bucal em um município.	Examinar as formas concretas de organização do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, bem como a distribuição do poder setorial e suas implicações para a implantação da PNSB.	Estudo de caso exploratório.	Há falta de controle da coordenação do Distrito Sanitário em relação às ações dos Centros de Especialidades Odontológicas, mesmo quando estavam localizados dentro dos distritos sanitários. Várias áreas técnicas não se comunicavam, prejudicando a otimização de recursos e a organização das ações.
A17	Scherer <i>et al.</i> , 2018	2018	O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?	Analisar a integração da eSB e da equipe de Saúde da Família (eSF) no Distrito Federal.	Estudo multicêntrico nacional, com abordagem qualitativa.	A integração da eSB no trabalho em equipe é diferente, com ações de integração e outras que indicam fragmentação. Os profissionais de saúde enfrentam dificuldades na organização de consultas odontológicas e no acolhimento da demanda espontânea. A integração entre eSB e equipe de Saúde da Família ainda é um desafio, devido ao modelo biomédico.
A18	Palma <i>et al.</i> , 2019	2019	Associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e a capacidade para o trabalho de técnicos administrativos em educação: um estudo transversal.	Associar a capacidade para o trabalho com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de técnicos administrativos em educação.	Estudo transversal.	O estado de saúde oral pode prejudicar as condições e circunstâncias do trabalho: tanto o ambiente de trabalho quanto a saúde bucal podem interferir na capacidade de trabalho, principalmente quando os trabalhadores são expostos a condições desfavoráveis.
A19	Neves <i>et al.</i> , 2019	2019	Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal.	Avaliar associação entre aspectos contextuais sociodemográficos, indicadores do sistema de	Estudo transversal, de natureza exploratória, a coleta de dados foi realizada de forma multicêntrica.	Apresentou diferenças importantes entre as macrorregiões do país; Sul e Sudeste registram maior prevalência de procedimentos curativistas; já Norte e Nordeste apresentam

Nº	Autores	Ano	Títulos	Objetivos	Métodos/desenho	Principais resultado / conclusões
				saúde dos municípios brasileiros e características do processo de trabalho na ESB avaliados durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB.		menores prevalências. A modalidade da equipe de saúde bucal interfere nos resultados: a presença de auxiliar em saúde bucal ou técnico de saúde bucal aumenta a ocorrência em 1,15%. Resultados evidenciam desigualdades sociais como um determinante da saúde bucal.
A20	Oliveira <i>et al.</i> , 2022	2022	Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho.	Identificar os principais desafios e potencialidades dos processos de trabalho em saúde bucal no âmbito da ESF.	Pesquisa qualitativa.	O problema principal é a dificuldade na marcação de consultas devido à longa fila de espera, que acarreta alta demanda. A falta de materiais e insumos é fator preocupante, também o desgaste físico e mental dos profissionais devido às condições inadequadas para atender aos pacientes. A maioria dos profissionais de Saúde Bucal não participam das reuniões de equipe, se sentem excluídos em relação às atividades da ESF. Não existe correlação nas ações entre ESBs; ESBs não têm reuniões como parte da rotina, nem para planejamento das ações.

Fonte: Resultados da pesquisa (2024).

Da caracterização dos 20 artigos (Quadro 5), há quatro pesquisas qualitativas (A1, 2008; A4, 2012; A7, 2016; e A20, 2022); três pesquisas exploratórias e descritivas (A2, 2009; A5, 2015, A8, 2016 e A9, 2016); uma pesquisa avaliativa como estudo de corte transversal do tipo amostral (A3, 2012); um estudo das políticas de saúde bucal e da organização tecnológica do trabalho no âmbito do SUS (A6, 2015); um estudo descritivo e exploratório de abordagem quanti-qualitativa; dois estudos transversais exploratórios (A15, 2018; A18, 2019; A19, 2019); um estudo transversal de abordagem quantitativa (A10, 2017); dois estudos observacionais transversais e quantitativos (A12, 2017; A14, 2018); um estudo ecológico (A13, 2018); um estudo multicêntrico nacional qualitativo (A17, 2018); e dois são estudos de casos (A16, 2018; A11, 2017).

Quanto aos objetivos, no geral, os estudos estabeleceram conhecer as condições de trabalho das equipes eSB. Além de buscar analisar as relações dos profissionais de saúde bucal com demais profissionais – seja ACS, profissionais auxiliares e técnicos da ESF e eMulti. Adicionalmente, desvelar os problemas relacionados à realidade dos profissionais da odontologia, além de discutir a organização tecnológica dos modelos de atenção à saúde bucal frente à PNSB. Também propuseram avaliar a inserção dos TSBs no SUS, identificar a percepção dos profissionais sobre o processo de trabalho no “SBBrasil”, analisar as práticas desenvolvidas pelos profissionais no CEO, entre outras.

Houve ainda objetivos para identificar os padrões de qualidade e desigualdades organizacionais no trabalho das ESB e ESF; analisar a integração eSB e eSF; associar os aspectos contextuais sociodemográficos, indicadores do sistema de saúde ao processo de trabalho da ESB. Ainda, identificar as principais dificuldades e potencialidades dos serviços de saúde bucal.

Em relação aos trabalhos selecionados, observou-se uma diversidade metodológica, com prevalência de estudos qualitativos. Esses estudos destacam algumas lacunas na Política de Saúde Bucal, mostraram diferentes fatores que interferem nos serviços de saúde bucal, como infraestrutura, organização, planejamento, recursos humanos, financeiros e a formação profissional.

Dessa forma, nota-se a importância da implementação de políticas, recursos adequados e a qualificação profissional, para potencializar a assistência odontológica à população.

Em relação à identificação e ocorrência dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde nos 20 artigos científicos relacionados à saúde bucal, esta distribuição está apresentada no Quadro 6, a seguir.

Quadro 6 – Identificação dos Atributos essenciais e derivados da APS identificados nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022, 2024

Nº	Autores	1. Atenção de Primeiro Contato	2. Longitudinalidade	3. Integralidade	4. Coordenação de Atenção	5. Orientação Familiar	6. Orientação Comunitária	7. Competência Cultural
A1	KOYASHIKI <i>et al.</i> , 2008.							
A2	ROCHA e ARAÚJO, 2009.							
A3	PIMENTEL <i>et al.</i> , 2012.							
A4	ESPOSTI <i>et al.</i> , 2012.							
A5	GOMES e RAMOS, 2015.							
A6	PIRES e BOTAZZO, 2015							
A7	GALVÊAS <i>et al.</i> , 2016.							
A8	LIMA <i>et al.</i> , 2016.							
A9	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2016.							
A10	SOARES <i>et al.</i> , 2017.							
A11	ROSSI e CHAVES, 2017.							
A12	FLÓRIO <i>et al.</i> , 2017.							
A13	FAGUNDES <i>et al.</i> , 2018.							
A14	SANTOS e HUGO, 2018.							
A15	BALDANI <i>et al.</i> , 2018.							
A16	SOARES e FREITAS, 2018.							
A17	SCHERER <i>et al.</i> , 2018.							
A18	PALMA <i>et al.</i> , 2019.							
A19	NEVES <i>et al.</i> , 2019.							
A20	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2022.							

Fonte: Autoria própria LEGENDA:  Presença do Atributo  Ausência do Atributo

A identificação dos atributos nos artigos foi realizada por meio da associação de palavras-chave e temas da matriz de categorias e subcategorias nos artigos. Por exemplo, ao identificar termos que remetem ao conjunto de ações de saúde "prevenção", "promoção" e "reabilitação", infere o contexto do atributo da integralidade. Dessa forma, com base na matriz, foi feito o processamento dos 20 artigos em relação aos atributos da APS na saúde bucal.

Em relação aos atributos abordados nos artigos, no Quadro 6, observou-se uma maior prevalência do atributo essencial "Atenção de Primeiro Contato", seguido do atributo "Coordenação do Cuidado". A seguir, em ordem decrescente, ocorreram o atributo "Integralidade", "Orientação Comunitária", "Longitudinalidade", "Orientação Familiar" e "Competência Cultural" – sendo este último atributo o menos abordado, ocorrendo em apenas oito dos 20 artigos selecionados.

Para a apresentação e discussão simultânea dos resultados, foram consideradas as categorias, subcategorias e temas identificados nos artigos selecionados. Na sequência estão os resultados de cada atributo (Quadros 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13) seguidos de sua discussão específica.

5.1 ATENÇÃO DE PRIMEIRO CONTATO NA SAÚDE BUCAL

A efetividade do Atributo Atenção de Primeiro Contato relativo aos serviços de saúde bucal no SUS constitui um desafio fundamental para a instituição do SUS. Os resultados sobre este atributo são apresentados no Quadro 7, a seguir.

Quadro 7 – Síntese do Atributo Atenção de Primeiro Contato identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024)

ATRIBUTO 1: ATENÇÃO DE PRIMEIRO CONTATO		
1.	ACESSO	
1.1	Primeiro contato	a) Muitos usuários enfrentam dificuldades de acesso às consultas odontológicas; b) Ausências de barreiras de acesso incluem localização, horário de funcionamento e reconhecimento do serviço como primeiro recurso; c) Adesão ao PMAQ-AB favoreceu primeiro contato; d) Trabalho dos ACS são importantes para o acesso; e) Necessidade de planejamento, programação e priorização das ações na marcação das consultas; f) Necessidade de conclusão do tratamento.
1.2.	Porta de entrada	a) Unidades básicas são a porta de entrada para atendimento odontológico; b) Superar a fragmentação do ensino fortalece a Atenção Básica como acesso principal; c) APS é o primeiro nível de acesso com cuidados individuais e coletivos; d) ACS facilitam acesso à saúde bucal, mas há dificuldades na marcação de consultas; e) Inclusão da saúde bucal na ESF visa romper práticas excludentes, mas integração é limitada; f) Serviços odontológicos são acessíveis, mas há demora e falta de profissionais.
1.3.	Tempo de espera	a) Longas esperas para atendimento odontológico agravam condições dentárias; b) Pacientes acabam necessitando de dentaduras devido à demora; c) Estratégia de marcação de consultas por lista de espera gerida pelos ACS é frágil; d) Longas listas e barreiras sociais dificultam o acesso.
1.4.	Disponibilidade de serviços	a) Modelos organizacionais priorizam grupos específicos, mas outros são excluídos; b) há restrições de acesso aos serviços odontológicos; há necessidade de mais vagas; c) Ações em prótese dentária são limitadas e menos de 50% das equipes as realizam; d) Falta de cadeiras para TSB deixa consultórios vazios enquanto profissionais têm agendas cheias; e) Ampliação da assistência odontológica é objetivo da política, mas a eficácia é questionada; f) Expansão das equipes não trouxe melhorias significativas na saúde bucal; g) Persistem exclusão e seletividade nos serviços básicos de saúde bucal; h) Acesso, resolutividade e vínculo profissional-paciente são fundamentais para a satisfação dos usuários.
1.5	Triagem	a) A classificação de risco melhora a fila e as condições de trabalho; b) Aumenta a satisfação dos usuários; c) O enfoque de risco pode redefinir práticas odontológicas na ESF; d) Triagem identifica populações com maior risco e estabelece prioridades na atenção à saúde.
1.6.	Acolhimento	a) Profissionais redefinem o "cuidar" com tecnologias leves, como conversa e acolhimento; b) Integralidade se manifesta nos microprocessos de trabalho, com postura acolhedora e comprometida; c) Acolhimento constrói confiança e fortalece vínculos entre equipes, usuários e gestores; d) Postura ética compartilhada entre profissionais fortalece o SUS.
1.7	Agendamento de consultas	a) Dentista têm restrita autonomia nas decisões clínicas e administrativas; b) estratégias de agendamento incluem demanda programada, marcação por microárea, agenda aberta e demanda espontânea; c) Equipes parametrizadas têm mais flexibilidade no agendamento do que as ESF; d) Falta de agendamento de retorno compromete a longitudinalidade do cuidado, especialmente com profissionais sem formação em Saúde da Família; e) Agendamento é fundamental para organizar a demanda e melhorar a eficiência dos atendimentos; f) Desafios na compreensão e aceitação das políticas de agendamento requerem comunicação clara; g) Falta de profissionais leva a longos intervalos entre agendamento e consulta; h) Organização da demanda é uma das principais dificuldades da saúde bucal, apesar dos avanços na APS. (1) Equipes parametrizadas são aquelas ESBs da Atenção Básica cuja organização do trabalho difere da organização das equipes de Saúde da Família e não há a obrigatoriedade da presença de ASB ou TSB.
1.8.	Barreiras de acesso	a) ESB focam no primeiro contato para reduzir barreiras e fortalecer UBS; b) Marcação de consultas tem fragilidades, como listas longas e falta de compreensão dos determinantes sociais; c) Quase metade dos usuários enfrenta dificuldades de acesso e continuidade, especialmente em regiões menos desenvolvidas; d) Disponibilidade limitada e sistemas municipais perpetuam desigualdades no acesso especializado; e) ESB enfrentam desafios para superar modelos tradicionais e melhorar acesso e qualidade; f) Dificuldades de acesso e longos tempos de espera continuam a impactar negativamente a experiência dos usuários.
2.	ACESSIBILIDADE	

2.1.	Acessibilidade Geográfica	a) Dentistas enfrentam dificuldades devido à falta de comunicação entre UBS e o distrito sanitário; b) Acesso a algumas regiões da área adscrita é difícil;
ATRIBUTO 1: ATENÇÃO DE PRIMEIRO CONTATO		
2.2.	Acessibilidade Temporal	a) o item "agendamento em qualquer dia e horário da semana" foi melhor e maior nas equipes parametrizadas do que nas ESF, a acessibilidade influencia a utilização dos serviços, e está relacionada aos obstáculos e capacidade dos usuários; b) Variação na provisão e acesso aos serviços odontológicos levanta dúvidas sobre a adequação e qualidade do cuidado.
2.3.	Acessibilidade Econômica	a) Ações são insuficientes devido recursos humanos, desigualdades sociais e barreiras financeiras; b) Barreiras de acessibilidade prejudicam grupos vulneráveis, como em Paraná; c) Percepções de saúde são influenciadas pelo contexto social; amostra estudada pode não refletir a população geral; d) Desigualdade social afeta a saúde bucal de áreas pobres; e) Mitos do mercado e resistência a novos paradigmas impactam planejamento e ação; f) Perda de capacidade de trabalho está ligada a fatores individuais e determinantes de saúde.
2.4.	Acessibilidade Cultural	a) Investimento na odontologia estética é sustentado pela ascensão das classes C e D e pela propaganda da saúde privada; b) Pouca autonomia e ignorância especializada entre baixa renda, com acesso restrito a direitos; c) Laços inter-humanos tradicionais se tornam obstáculos devido à perda de proteção institucional; d) É essencial qualificar recursos humanos em saúde bucal para o SUS, superando ensino curativo e individualista.
3.	UTILIZAÇÃO:	
3.1.	Uso efetivo dos serviços de saúde	a) Integralidade no Brasil é limitada, apesar do aumento dos serviços odontológicos com a criação dos CEO; b) Integralidade requer uma rede de serviços articulada além das ESB; c) Mão de obra auxiliar é necessária para otimizar produtividade, melhorar qualidade, e reduzir custos e estresse; d) Comunicação entre diferentes níveis de atenção é essencial para a integralidade dos cuidados de saúde bucal; e) Contexto de precarização do trabalho afeta a qualidade do atendimento e é um desafio para a Política Nacional de Saúde Bucal.
3.2.	Necessidades de saúde (Morbidade, gravidade e urgência da doença)	a) Acolhimento, avaliação de risco, cuidado continuado e visitas domiciliares associam-se estatisticamente com a realização de procedimentos curativos; b) CDs relatam que os procedimentos como visitas domiciliares não estão no relatório anual e que urgências afetam o atendimento.
3.3.	Características individuais e sociais dos usuários	a) Diferenças estruturais entre municípios afetam o desenvolvimento socioeconômico e populacional e o acesso a serviços odontológicos.

Fonte: Resultados da pesquisa (2024).

Nesta revisão de literatura, quanto ao Acesso (subcategoria 1), tema Primeiro Contato (1.1), os resultados referem que os usuários enfrentam dificuldades de acesso às consultas odontológicas (PMAQ-AB) (A19). Ainda assim, no Nordeste, foi constatado que a adesão ao ciclo I do PMAQ-AB favoreceu o primeiro contato, especialmente em municípios pobres e de menor porte populacional (A13).

No que se refere ao conceito do tema 1.1, o primeiro contato é definido pela ausência de barreiras de acesso, como localização e horário de funcionamento, e reconhecimento do serviço como o primeiro recurso da população para atender as suas necessidades de saúde (A13).

Na literatura, a definição do primeiro contato se refere à acessibilidade e uso do serviço de maneira que o usuário consiga resolver o problema para o qual busca solução. No entanto, o conceito de acesso é complexo e difere entre autores.

De acordo com Travassos e Martins (2004), o acesso não se limita à entrada nos serviços de saúde e a acessibilidade não se limita apenas ao uso ou não dos serviços de saúde, e sim, da adequação dos profissionais, da infraestrutura e da tecnologia necessária à saúde dos usuários.

Segundo Oliveira e Pereira (2013), acesso e acessibilidade têm significados diferentes. A acessibilidade refere-se às características da oferta que oportuniza o usuário a chegar aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Já Donabedian (*apud* Travassos; Martins, 2004) refere-se à acessibilidade como a qualidade do que é acessível. Outros autores preferem o substantivo acesso, sem diferenciação entre os termos.

Ainda de acordo Donabedian (*apud* Travassos; Martins, 2004), a acessibilidade se diferencia em duas extensões: a acessibilidade sócio-organizacional e geográfica. Para a autora, essas extensões se comunicam, ou seja, a sócio-organizacional envolve os aspectos relacionados aos serviços oferecidos, excluindo-se os aspectos geográficos que dificultam ou aumentam o uso do serviço de saúde. Em relação à acessibilidade geográfica, essa autora se refere à distância e tempo de locomoção até o serviço de saúde.

Para Shimazaki (2009), a acessibilidade proporciona aos usuários chegar ao serviço de saúde de forma fácil e que tenha a sua necessidade de saúde atendida. O MS preconiza que o acesso seja próximo ao local de moradia; no entanto, dentre as dificuldades organizacionais da APS está o acesso que – no que se refere à localização da UBS – pode interferir no acesso à assistência odontológica.

Os resultados da revisão mostram que, embora o primeiro acesso seja facilitado pelos agentes de saúde, é essencial garantir a conclusão do tratamento odontológico. O método de marcação de consultas deve ser planejado para evitar barreiras de acesso, exigindo planejamento, programação e priorização das ações de saúde (A20).

Adicionalmente, estudos apontam a importância dos ACS para melhorar o acesso aos serviços odontológicos (Rodrigues; Santos; Assis, 2010). Mas também da necessária garantia de condições de trabalho satisfatórias e infraestrutura adequada, incluindo recursos humanos, materiais e financeiros (A1).

Embora os ACS facilitem o acesso à saúde bucal como elos entre a equipe e a comunidade, ainda enfrentam dificuldades na marcação de consultas odontológicas (A17). Os ACS reconhecem a expansão dos serviços odontológicos gratuitos e acessíveis, apesar da demora no atendimento (A1). Outros profissionais, contudo, têm avaliação negativa dos serviços, em razão da pouca oferta (A5, A8, A12) e da ausência de profissionais (A14, A19).

O estudo de Rodrigues, Santos e Assis (2010) apresenta tendências similares ao mencionar o ACS como parte integrante do processo de trabalho, com destaque para a influência deles nas ações de saúde por meio da articulação da equipe com comunidade. O estudo apresenta depoimentos como:

A gente olha a necessidade das crianças. Se a gente vê que tem um grande número de cárie, aí a gente conversa com a dentista. Aí ela faz uma orientação. Às vezes a gente vai mensalmente, às vezes a gente vai bimestral, e às vezes, dependendo da necessidade das crianças, aí a gente faz um trabalho de acordo com a necessidade das crianças, do estado que eles estão, que os dentes deles estão (Rodrigues; Santos; Assis, 2010, p. 912).

Em relação à Porta de Entrada (tema 1.2), as unidades básicas de saúde são o ponto principal do atendimento odontológico, atuando como a porta de entrada e gerenciando desde procedimentos simples até os complexos (A2). A APS é o primeiro nível de atenção, a principal porta de entrada do sistema de saúde e oferece ações de saúde individuais e coletivas (A15). A inclusão da saúde bucal na ESF objetiva romper com práticas excludentes e oferece oportunidades de mudança no processo de trabalho, embora a integração da eSB com a saúde da família ainda seja pouco estudada (A17).

Nesse sentido, superar a fragmentação do ensino em saúde é fundamental para fortalecer a AB como a porta de entrada preferencial, garantindo cuidados integrais (A14). A formação de profissionais de odontologia de modo tradicional, curativista e superespecializado em detrimento de uma formação integral de caráter generalista têm prejudicado o acesso aos serviços de saúde bucal no SUS.

No que diz respeito ao Tempo de Espera (tema 1.3) nos relatos dos agentes comunitários de saúde, eles mencionaram muita demora no atendimento odontológico. Isso resulta no agravamento das condições dentárias dos pacientes que, em muitos casos, acabam necessitando de próteses dentárias. Além disso, a estratégia de marcação de consultas por meio de listas de espera, gerenciadas pelos ACS, é frágil, com listas extensas e barreiras sociais que dificultam o acesso ao atendimento (A17).

Quanto à Disponibilidade de serviços (tema 1.4), foram mencionados diferentes modelos organizacionais que surgem para priorizar grupos específicos, como crianças e gestantes, mas há desafios na inclusão de outras parcelas da população (A17). Os entrevistados percebem restrições de acesso aos serviços odontológicos e sugerem a abertura de mais vagas e oportunidades para pacientes (A1). As ações em prótese dentária foram limitadas, sendo realizadas por menos de 50% das equipes, especialmente na Região Norte (A13). A falta de disponibilidade de cadeiras para o Técnico em Saúde Bucal (TSB) realizar procedimentos resulta em consultórios vazios, enquanto profissionais TSB têm agendas cheias com outras atividades (A7). A ampliação da assistência odontológica tornou-se pauta política importante, focando no acesso às ações de saúde bucal (A8).

Mesmo com a ampliação do acesso e da cobertura, há necessidade de refletir a odontologia brasileira enquanto tecnicamente elogiável, mas cientificamente e socialmente problemática (A19). Persiste um fenômeno de universalização excludente e integralidade seletiva dos serviços básicos de saúde bucal ofertados à população, mesmo após a vigência da PNSB (A19). Ainda que o acesso aos serviços de saúde bucal seja o principal fator que influencia a satisfação dos usuários, a resolutividade do tratamento e o vínculo profissional-paciente são fundamentais para a qualidade do atendimento (A20).

Em relação à Triagem (tema 1.5) foi observada a partir da classificação de risco permitindo organizar a fila por critérios além da ordem de chegada, melhorando as condições de trabalho e aumentando a satisfação dos usuários (A20). O enfoque

de risco, pouco considerado atualmente, pode redefinir as práticas odontológicas na ESF ao identificar populações com maior risco e estabelecer prioridades na atenção à saúde (A20).

Quanto ao Acolhimento (tema 1.6), os profissionais de saúde utilizam tecnologias leves, como a conversa, promovendo um cuidado humanizado por meio de uma escuta solidária. Dessa forma, redefinem o ato de "cuidar" e dão vida à produção de um cuidado (A1). O acolhimento, enquanto prática nas ações de atenção e gestão da saúde, constrói relações de confiança e compromisso entre equipes e serviços de saúde, além de fortalecer o vínculo entre profissionais, usuários e gestores em defesa do SUS. É uma postura ética que deve ser adotada por todos, compartilhando saberes e angústias (A20).

Quanto ao Agendamento de Consultas (tema 1.7) os estudos apontaram diversos aspectos relacionados ao agendamento e organização dos serviços de saúde bucal na APS. Primeiramente, há uma restrição significativa na autonomia dos dentistas quanto às decisões clínicas e administrativas, como a elaboração da agenda de atendimento (A2, p.508). Em termos de agendamento, são utilizadas várias estratégias, como demanda programada, marcação por microárea pelos ACS, agenda aberta e demanda espontânea, cada uma com suas vantagens e desafios (A3). Equipes organizadas mostram uma maior flexibilidade no agendamento em comparação com as ESF (A13, p. 7).

Apesar das dificuldades enfrentadas, o agendamento é fundamental para a organização da demanda, permitindo uma melhor distribuição dos atendimentos e uma maior eficiência nos processos de trabalho (A20). Contudo, há desafios quanto à compreensão e aceitação das políticas de agendamento pelos usuários, especialmente em relação à priorização de atendimentos por critérios específicos, o que requer uma comunicação constante e inteligível (A20). Em alguns municípios, a falta de profissionais resulta em longos intervalos entre o agendamento e a consulta, aumentando as ausências dos pacientes (A11). A organização da demanda continua sendo uma das principais dificuldades no dia a dia dos serviços de saúde bucal, apesar dos avanços observados nos atributos da APS (A15, p. 158-159).

No que diz respeito às Barreiras de Acesso (tema 1.8), para sua redução, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Brasil priorizam ações de primeiro contato, enfocando atendimentos oportunos baseados em critérios de risco e vulnerabilidade, visando fortalecer a percepção das Unidades Básicas de Saúde (UBS) como

principais recursos de atendimento (A13). No entanto, como obstáculos ao acesso, a estratégia de marcação de consultas odontológicas enfrenta fragilidades significativas, como listas extensas e desconsidera os determinantes sociais (A17).

Ademais, os resultados do PMAQ-AB destacam que quase metade dos usuários enfrenta dificuldades de acesso e continuidade no tratamento odontológico, especialmente em regiões menos desenvolvidas do país (A19). Barreiras tais como disponibilidade limitada e outras características dos sistemas municipais de saúde dificultam o acesso aos serviços odontológicos especializados, perpetuando desigualdades (A11).

A implantação das ESB também encontra obstáculos para romper com modelos tradicionais de atendimento, apesar da importância da avaliação de desempenho para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços (A15). Nesse sentido, os problemas persistentes de acesso e longos tempos de espera para serviços especializados continuam a ser desafios significativos na rede de atenção à saúde, impactando negativamente a experiência dos usuários (A19).

Ao se analisar o acesso aos serviços de saúde bucal (subcategoria 1), observam-se desafios significativos. O primeiro contato com os serviços esteve frequentemente prejudicado por barreiras, como localização das residências e horários de atendimento, embora haja avanços em algumas áreas, impulsionados por programas como o PMAQ-AB. As UBS que funcionam como a Porta de Entrada do sistema são essenciais, mas ainda enfrentam desafios na integração da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e na inclusão de todos os grupos populacionais.

O tempo de espera para atendimento dentário é prolongado devido a sistemas de agendamento ineficazes, resultando em condições bucais mais graves. A disponibilidade de serviços precisa ser ampliada, especialmente para procedimentos de reabilitação como próteses dentárias. A triagem ajuda a priorizar pacientes em risco, mas sua aplicação é limitada. O acolhimento é essencial para criar uma relação de confiança e melhorar o atendimento. No entanto, o agendamento de consultas enfrenta dificuldades com a autonomia dos dentistas e a necessidade de estratégias mais flexíveis. Finalmente, barreiras de acesso persistem agravadas por limitações na oferta de serviços e desconsideração das políticas de agendamento, perpetuando desigualdades no atendimento odontológico.

Em relação à Acessibilidade (subcategoria 2), quanto à Acessibilidade Geográfica (tema 2.1), os dentistas se referem, como aspectos dificultadores para a execução das atividades de saúde bucal nas UBS, à falta de comunicação entre a UBS e o distrito sanitário, à dificuldade de acesso a algumas regiões da área adscrita e à falta de planejamento local (A2, A5, A11)

Sobre a Acessibilidade Temporal (tema 2.2), em um dos estudos, contraditoriamente, o “agendamento em qualquer dia e horário da semana” foi maior nas equipes parametrizadas do que nas ESF, embora as ESB vinculadas à ESF sejam em tese equipes que mais trabalham em conformidade com os atributos essenciais da atenção primária à saúde (A13). Sendo assim, a variação na provisão e acesso aos serviços odontológicos levanta dúvidas sobre a adequação dos serviços e da qualidade do acesso aos mesmos.

No tocante à Acessibilidade Econômica (tema 2.3), estudo aponta que a inclusão das ESBs no PSF do Distrito Sanitário Norte tem ampliado o acesso da população à saúde bucal, suprimindo a carência da comunidade e sendo bem avaliada por 84,48% dos dentistas como positiva, indicando um novo cenário com maior acesso (A2, p. 514). No entanto, as ações ainda são insuficientes devido à mão de obra ineficiente, desigualdades sociais, alta demanda no sistema público e falta de debate ético/bioético, além da barreira financeira imposta pelo custeio privado das próteses, dificultando o acesso igualitário (A5, A11, A11).

Essas barreiras na acessibilidade afetam desigualmente os grupos sociais, prejudicando os mais vulneráveis, como evidenciado no Paraná (A15, p. 159). As percepções de saúde são influenciadas pelo contexto social, cultural e político, e a amostra de trabalhadores estudada pode não refletir a população adulta brasileira devido ao seu alto nível de escolaridade e bom padrão socioeconômico (A18).

Por outro lado, a literatura mostra que a desigualdade social afeta negativamente a saúde bucal dos usuários que vivem em áreas de privação socioeconômica, comparados aos de áreas privilegiadas (A18, p. 105).

O estudo de Moreira *et al.* (2005) observou tendências na associação entre baixa escolaridade e vulnerabilidade social com as limitações no acesso direcionadas à população idosa, apesar dos avanços com a implantação de ESF.

Em Oliveira e Moraes (2016), o uso dos serviços odontológicos no SUS foi maior entre os idosos em condições socioeconômicas mais vulneráveis, fazendo-se presente o princípio da equidade.

No que se refere à perda da capacidade de trabalho, ela está ligada aos determinantes do processo saúde-doença, perfil dos trabalhadores, quadro epidemiológico e práticas de saúde, influenciada por fatores como idade, sexo, nível socioeconômico, escolaridade e estilo de vida (A18).

Por fim, a Acessibilidade Cultural (tema 2.4) esteve associada à ausência de barreiras linguísticas e outras barreiras culturais. Alguns pressupostos sustentam o investimento na odontologia estética especializada: a necessidade de uma população de baixa renda que está ascendendo ao mercado consumidor de saúde (classes C e D) (CFO, 2013 *apud* Gomes; Ramos, 2015), a propaganda massiva exaltando a excelência da saúde privada, a pouca autonomia dos indivíduos aliada à ignorância de conhecimentos especializados e vulnerabilidades sociais (Gonçalves; Verdi, 2007 *apud* Gomes; Ramos, 2015), e o acesso restrito à cobrança de direitos dessa parcela da população (A5). Além disso, enquanto as pessoas buscam proteção nas incertezas da vida por meio do coletivo, os laços inter-humanos tradicionais perdem sua proteção institucional, o que se torna um obstáculo a ser superado (A5).

É fundamental qualificar os recursos humanos em saúde bucal para o SUS, visto que é necessário superar os efeitos do ensino odontológico que ainda é curativo e individualista, desconsiderando a situação epidemiológica, social, cultural e econômica da população (A14).

O investimento na qualificação dos recursos humanos deve ser alinhado à realidade epidemiológica e cultural, superando a abordagem curativa e individualista predominante. Assim, isso implica promover a inclusão cultural por meio da eliminação de barreiras linguísticas e culturais e ajustar os serviços para atender adequadamente às necessidades de uma população diversificada e em ascensão econômica. Desse modo, é possível proporcionar uma proteção maior contra as vulnerabilidades sociais e econômicas existentes.

Quanto à Utilização (subcategoria 3), o Uso Efetivo dos Serviços de Saúde (Tema 3.1), foi referido que as ações de integralidade ainda são limitadas no Brasil, apesar do aumento dos serviços odontológicos especializados com a criação dos CEO. Esta questão requer uma rede de serviços articulada em diferentes níveis de complexidade e ultrapassa a governabilidade das ESB (A13). Além disso, o uso de mão de obra auxiliar na clínica odontológica é necessário para otimizar a produtividade, melhorar a qualidade técnica e proporcionar conforto e segurança aos

pacientes, além de reduzir o desgaste físico e o estresse dos CDs, minimizar custos operacionais e ampliar o acesso aos cuidados de saúde bucal (A12). A integralidade, entendida como a comunicação entre diferentes níveis de atenção, exige a utilização adequada dos serviços de saúde bucal (A15). Entretanto, o material estudado revelou um contexto de precarização do trabalho nos serviços investigados, afetando a qualidade do atendimento e constituindo um dos desafios para a Política Nacional de Saúde Bucal (A9).

Por outro lado, no que se refere às necessidades de saúde (Morbidade, gravidade e urgência da doença) (Tema 3.2) foram identificadas a realização de acolhimento, avaliação de risco e vulnerabilidade, oferta de cuidado continuado e visitas domiciliares realizadas pelo cirurgião-dentista que faz parte de uma equipe modalidade II, incluindo auxiliar e técnico em saúde bucal, mostrando uma associação estatisticamente significativa com a execução de procedimentos curativos (A19). No entanto, os CDs afirmaram o oposto, mencionando que visitas domiciliares e outros procedimentos não estão no relatório anual: "As urgências têm chovido aqui, o que atrapalha muito o atendimento" [CD responsável pela dentística] (A11).

Mesmo que as práticas de acolhimento e avaliação de risco realizada pelas equipes de saúde bucal viabilizem a realização de procedimentos curativos, os cirurgiões-dentistas relatam dificuldades, especialmente com a alta demanda de urgências, que comprometem o atendimento regular. Além disso, as desigualdades socioeconômicas e estruturais entre os municípios refletem no acesso desigual aos serviços odontológicos.

O estudo de Casotti *et al.* (2014) também destaca os atendimentos de urgências: os usuários das regiões Sul e Sudeste buscaram mais pelo atendimento odontológico em caso de urgências. Já nas regiões Norte e Centro-Oeste, 20% dos que tiveram alguma urgência odontológica não procuraram por atendimento; já a região Sul apresentou menor proporção deste serviço, sendo que apenas 9,5% das pessoas necessitadas não procuraram atendimento de urgências.

Rodrigues e Bomfim (2010) também corroboram os autores precedentes, em relação à alta quantidade de demandas nas unidades. No estudo, relata um dentista:

Outra coisa é conseguir mostrar para os usuários do SUS a necessidade de prevenção porque eles estão muito acostumados só com a parte curativa e esquecem que para ir ao dentista, precisam que haja a prevenção, que fica

mais barato e é mais saudável. [...] eles não entendem que a palavra-chave hoje é prevenção (Rodrigues; Bomfim, 2010, p. 101).

Em síntese, a análise da Utilização (subcategoria 3) indica vários aspectos críticos sobre o uso efetivo dos serviços de saúde bucal no Brasil. O uso efetivo dos serviços de saúde bucal no Brasil enfrenta desafios como a limitação na integralidade do atendimento, mesmo com o aumento dos serviços especializados, como os CEOs. A otimização da produtividade e qualidade no atendimento odontológico exige o uso de mão de obra auxiliar, mas a precarização do trabalho impacta negativamente a qualidade do atendimento.

Finalmente, no que concerne às Características individuais e sociais dos usuários (Tema 3.3) foram mencionadas diferenças estruturais no desenvolvimento socioeconômico e populacional entre os municípios, bem como no acesso a serviços odontológicos (A4).

No que se refere aos serviços de saúde odontológicos, estudos apontam que as iniquidades em saúde e os fatores socioeconômicos influenciam o uso dos serviços odontológicos, bem como as condições de saúde bucal das pessoas: quanto maior a renda, melhor o acesso ou a utilização dos serviços. Isso reflete a dificuldade de acesso e equidade (Santos Neto *et al.*, 2012; Viegas; Carmo; Luz, 2015).

Em estudo comparativo entre equipes de saúde bucal na ESF e equipes tradicionais não vinculadas à ESF, percebeu-se que o acesso se mostrou favorável quando promovido por equipes vinculadas às unidades de ESF (Pereira *et al.*, 2009).

Outros estudos (Tomasi *et al.*, 2011) não encontraram diferenças em relação ao acesso aos serviços de saúde bucal, quando compararam os modelos de ESF e unidades tradicionais. Mas, em relação aos índices de resolutividade, no modelo de ESF, os atendimentos dos dentistas foram melhores do que nas unidades básicas tradicionais (Bulgareli *et al.*, 2014).

Em estudo de Rocha e Góes (2008), em Campina Grande, na Paraíba, não foram encontradas diferenças no acesso aos serviços de saúde bucal entre as áreas cobertas e não cobertas pela ESF. Para estes autores, as ações de saúde bucal têm importante impacto na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente, do ponto de vista da universalidade, equidade e integralidade, mas existem grandes diferenças e desafios a serem percorridos, tanto no modelo

tradicional quanto no modelo ESF.

Em síntese provisória, ao se analisar o atributo acesso de primeiro contato aos serviços de saúde bucal na literatura acadêmica observou-se que, apesar de alguns avanços significativos, como maior acesso a tratamentos de qualidade, redução de extrações dentárias e diminuição do índice CPOD em todas as faixas etárias, muitos desafios ainda persistem (A4). A dificuldade no primeiro contato com esses serviços é frequentemente impactada por questões de localização e horários, mesmo com as melhorias introduzidas por programas como o PMAQ-AB. As unidades básicas de saúde, fundamentais como porta de entrada do sistema, enfrentam dificuldades na integração da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e na inclusão de todas as faixas populacionais.

Outro problema é o longo tempo de espera para atendimento odontológico, em decorrência de agendamentos ineficazes, que levam os pacientes a apresentarem condições bucais mais graves. A disponibilidade de serviços odontológicos precisa ser ampliada, especialmente para procedimentos de reabilitação, como próteses dentárias. Embora a triagem ajude a priorizar pacientes em risco, a sua implementação ainda é limitada.

O acolhimento é muito importante para criar uma relação de confiança e melhorar a experiência no atendimento. No entanto, o agendamento de consultas ainda enfrenta dificuldades, como a autonomia dos dentistas e a necessidade de ter estratégias mais flexíveis. Além disso, as barreiras de acesso se tornam ainda mais desafiadoras, devido à oferta limitada de serviços e à falta de entendimento sobre as políticas de agendamento, prejudicando, assim, o atendimento odontológico.

Desse modo, para realmente promover o acesso de primeiro contato à saúde bucal no Brasil, é essencial desenvolver estratégias integradas que ampliam o acesso e garantem equidade e integralidade nos atendimentos. Essa tarefa exige uma abordagem que envolve diversas realidades regionais e sociais, visando a um sistema de saúde bucal acessível para todos.

5.2 INTEGRALIDADE NA SAÚDE BUCAL

O uso efetivo dos serviços de saúde bucal no Brasil enfrenta desafios como a limitação na integralidade do atendimento, mesmo com o aumento dos serviços especializados como os CEOs.

Os resultados sobre este atributo são apresentados no Quadro 8, a seguir:

Quadro 8 – Síntese do Atributo Integralidade identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024)

Atributo 2: INTEGRALIDADE		
4.	RECONHECIMENTO DE TODOS OS TIPOS DE PROBLEMAS (ABRANGÊNCIA)	
4.1.	Reconhecimento de todos os Problemas funcionais, orgânicos e sociais (Física, Mental, Social e familiar)	a) É maior a proporção de ações de integralidade em municípios desenvolvidos; b) ESB/ESF seguem atributos da atenção primária, mas com baixos percentuais em integralidade e coordenação; c) Diretrizes recomendam abordar fatores de risco/proteção para doenças bucais e outras condições; d) Uma atenção primária integral e de qualidade é essencial para coordenação do cuidado.
5.	ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS	
5.1.	Integração de práticas de saúde coletiva e de atenção clínica.	a) O modelo assistencial foca atendimento programado, com agilidade em urgências, planejamento baseado em critérios epidemiológicos e vigilância à saúde; b) As ESB mostram paradoxos, como ausência de impacto em tratamentos restauradores e aumento de ações preventivas; c) Integralidade da saúde bucal exige articulação entre atendimento individual e coletivo, integração entre promoção, prevenção e tratamento, uso de epidemiologia e foco na vigilância à saúde; d) Atribuições do cirurgião-dentista na ESF incluem coordenação de atividades coletivas, capacitação da equipe, visitas domiciliares e ênfase no acolhimento; e) Índices epidemiológicos guiam ações coletivas e práticas clínicas) Superação do modelo curativista exige novos saberes e valorização de ações coletivas; g) Prevalência do saber clínico dificulta a ampliação da integralidade na saúde; h) Profissionais da ESF enfrentam condições precárias, sobrecarga e falta de recursos, com foco no modelo biomédico; i) Necessidade de rompimento com o sistema hegemônico curativo e hospitalar, em favor de um sistema que valorize a integralidade, cuidado humanizado e promoção da saúde; j) Atividades de educação em saúde, prevenção e promoção são essenciais para formar vínculos e desenvolver o autocuidado, mas são frequentemente subordinadas ao atendimento clínico.
6.	ABORDAGEM INTEGRAL DO INDIVÍDUO E DAS FAMÍLIAS	
6.1.	Promoção, Prevenção e Reabilitação.	a) A integralidade no SUS, estabelecida pela Constituição de 1988, prioriza promoção, prevenção e atenção em todos os níveis de complexidade; b) A saúde evoluiu de um modelo centrado na doença para um modelo de atenção integral, incorporando promoção, proteção e recuperação; c) A inclusão das equipes de saúde bucal no PSF reforçou a atenção integral, mas muitas UBSs carecem de estrutura adequada para atividades educativas; d) A PNSB inclui diretrizes para prevenção, controle do câncer bucal, pronto-atendimento e procedimentos complexos; e) Apesar da ênfase na promoção e prevenção, o tecnicismo ainda prevalece no modelo de prática odontológica; f) A ESF é referência para um modelo assistencial que prioriza ações de proteção e promoção de saúde, incluindo saúde bucal; g) A PNSB busca garantir atenção odontológica a toda a população, concretizando o princípio da integralidade.

Fonte: Resultados da pesquisa (2024).

Quanto à Integralidade (atributo 2), ao Reconhecimento de todos os tipos de problemas (abrangência) (subcategoria 4), em particular ao Reconhecimento de todos os Problemas funcionais, orgânicos e sociais (física, mental, social e familiar (tema 4.1), foi observado que os municípios mais desenvolvidos apresentam uma maior proporção de ações relacionadas à integralidade dos serviços de saúde (A13).

Além disso, as Equipes de Saúde Bucal as quais se relacionam com a Estratégia de Saúde da Família são as equipes que mais seguem os atributos essenciais da APS, embora ainda apresentem baixos percentuais na realização de ações e serviços relacionados à integralidade e coordenação do cuidado (A13).

A integralidade, conforme Giovanella *et al.* (2002), abrange a promoção e prevenção em todos os níveis de assistência, com foco na coordenação do cuidado e na abordagem integral do indivíduo e da família. Complementando essa visão, Pinheiro [2024?] destaca que a integralidade surge da articulação de ações coordenadas, com ênfase na recuperação da saúde individual e coletiva.

Nesse contexto, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal referem que as ações de promoção da saúde devem acometer conjuntamente fatores de risco ou proteção para doenças orais e outras condições, como diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer. Por essa razão, são importantes políticas de alimentação saudável, estratégias comunitárias para higiene corporal e oral, supressão do tabagismo e diminuição de acidentes (A3).

Segundo Sanchez *et al.* (2015), as práticas profissionais baseadas em equipe, mesmo que não estejam tão elucidadas da maneira como devem ser essas práticas, são relatadas na literatura como fatores contribuintes para contemplação da integralidade.

Nesse sentido, a prática da integralidade é, muitas vezes, uma construção local, condicionada pelos limites e possibilidades de cada equipe, recursos disponíveis, atuação dos gestores e demandas da população usuária (Sanchez *et al.*, 2015). Dessa forma, a superação dessas barreiras depende tanto do desenvolvimento de políticas públicas eficazes quanto da capacitação contínua dos profissionais envolvidos.

Frente a essas condições, o trabalho de Sanches *et al.* (2015) corrobora ao inferir que as práticas de trabalho na saúde bucal são pouco permeáveis na integração e comunicação com diferentes categorias de profissão conjuntamente com a população. As relações intersetoriais na odontologia ainda se apresentam em

estágio inicial, e, portanto, são essenciais para a concretização da integralidade. A articulação entre saúde bucal e outros setores, como educação e assistência social, possibilita uma estratégia mais ampla. Sem essa cooperação, as ações de promoção e prevenção ficam fragmentadas, limitando o alcance das intervenções e a resolutividade dos cuidados oferecidos na atenção primária.

Diante disso, o desafio é construir uma atenção primária que atenda às necessidades de saúde e assegure acesso integral e de qualidade a toda a população, é essencial boa relação intersetorial (Cruz, 2009 *apud* Neves; Giordani; Hugo, 2019). A intersetorialidade é importante na contemplação da integralidade.

Em relação à articulação das ações individuais e coletivas (subcategoria 5), Integração de práticas de saúde coletiva e de atenção clínica (tema 5.1), foi relatado que se privilegia o atendimento programado tanto para a atenção básica quanto para a especializada, com atendimentos clínicos e procedimentos coletivos, além de garantir agilidade e eficácia no acolhimento às urgências. Esse modelo assistencial é sustentado pelo planejamento de intervenções focadas na clientela mais vulnerável, com base em critérios epidemiológicos e na estruturação de serviços voltados para a vigilância à saúde (A2).

No entanto, Pereira *et al.* 2009 (*apud* Soares; Freire; Reis, 2017) investigaram o efeito das ESB no acesso e tipo de serviço utilizado, revelando paradoxos, como a ausência de impacto em tratamentos mais restauradores, aumento de ações preventivas individuais ou coletivas, e até efeitos negativos em sete dos doze municípios estudados (A17).

Assim, para garantir a integralidade da atenção em saúde bucal, é necessário associar o atendimento individual com o coletivo. Além de incluir a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população, utilizando, assim, a epidemiologia e as informações territoriais no planejamento das ações. É importante destacar a vigilância à saúde como práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, além de aumentar e qualificar os serviços de assistência prestada, considerando acesso, acolhimento, vínculo, ética e responsabilidade profissional (A14).

Ademais, as funções do cirurgião-dentista (CD) na ESF envolvem a coordenação de atividades coletivas para promoção e prevenção em saúde oral, além de capacitar a equipe da ESF, bem como participar de visitas domiciliares e

realizar atividades educativas, enfatizando a importância do acolhimento e do vínculo (Brasil, 2017) (A20).

Considerando a integralidade no atendimento às necessidades de saúde, o estudo de Chaves *et al.* (2010) destaca que a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em cidades sem uma atenção básica organizada pode resultar em atendimentos por demanda espontânea e na realização de procedimentos que deveriam ser feitos na atenção primária, mas que acabam sendo realizados nos centros de especialidades.

A persistência na valorização das atividades clínicas em detrimento das ações coletivas reflete uma limitação estrutural que vai além da simples prática profissional. Como apontado por Andrade (2004 *apud* Soares; Freire; Reis, 2017), essa abordagem fragmentada prejudica a realização de estudos epidemiológicos e gera insatisfação entre os profissionais. Esse cenário é agravado pela cultura institucional, que privilegia resultados imediatos, como a cura e o tratamento, em detrimento da promoção de saúde e prevenção de agravos, áreas fundamentais para a consolidação da integralidade.

Estudos indicam a persistência da prática centrada na clínica clássica e no procedimento individual, limitando a expansão de ações educativas e a abordagem voltada à cura (Pimentel *et al.*, 2012 *apud* Rossi; Chaves 2017) (A11). Portanto, mudanças no modelo assistencial requerem novos saberes e percepções sobre o trabalho dos cirurgiões-dentistas para superar o curativismo e a prática mutiladora (A11).

Além disso, a maioria das tarefas delegadas aos profissionais de saúde bucal tem como foco o atendimento clínico e a organização do ambiente de trabalho, com divergências nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (A12). Profissionais auxiliares do SUS trabalham mais com promoção da saúde e prevenção de doenças, mas há extrapolação de funções, com importantes diferenças regionais (Flório *et al.*, 2017). A participação dos TSB é necessária para atendimentos clínicos individuais, requerendo espaço físico adequado, garantido às equipes de saúde bucal da Modalidade 2 por incentivos para consultórios adicionais (A12).

Por isso, os índices epidemiológicos são essenciais para guiar os arranjos tecnológicos no cuidado em saúde, sustentando tantas ações coletivas quanto a prática clínica (A6, p. 279). A integralidade da saúde só é alcançada quando os

agentes expandem sua visão para além do saber clínico, permitindo-se ver o trabalho como mais do que a mera realização de procedimentos odontológicos (A11).

Entretanto, estudos destacam condições de trabalho precárias na ESF, com insuficiência de profissionais e sobrecarga de atendimento, dificultando o planejamento e centrando o modelo assistencial biomédico (Fagundes *et al.*, 2018). Dedicar tempo e espaço para além do biológico favorece o desenvolvimento de conhecimentos e comportamentos positivos em saúde, promovendo o empoderamento e controle sobre condições de vida (A14).

Assim sendo, a equipe de saúde precisa romper o sistema centrado na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, orientado por interesses econômicos e corporativos, sendo necessário atuar de acordo com um sistema universal que enfatiza a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde (A19). Atividades de educação em saúde, prevenção de agravos e promoção da saúde, embora ainda sejam desafiadoras e frequentemente subordinadas ao atendimento clínico, são fundamentais para a formação do vínculo e desenvolvimento do autocuidado, representando uma potencialidade que deve ser explorada (A20).

No que se refere à abordagem integral do indivíduo e das famílias (subcategoria 6), promoção, prevenção e reabilitação (tema 6.1), foi verificada a integralidade no SUS, consagrada pela Constituição Federal de 1988, que enfatiza a hegemonia das ações de promoção e prevenção, bem como a atenção nos três níveis de complexidade, articulação das ações e a abordagem integral do indivíduo e das famílias (A13). A saúde evoluiu de um padrão centrado na doença para um modelo de atenção integral, incorporando ações de promoção, proteção e recuperação (A2).

Nesse sentido, a reestruturação da rede de serviços com a inclusão das equipes de saúde bucal no PSF reforçou a atenção integral, ofertando ações de promoção, prevenção e recuperação (A2). No entanto, muitas UBSs carecem de estrutura adequada para realizar atividades educativas previstas para os dentistas no PSF, como escovódromos (A2).

Em outras palavras, é necessário alterar o modelo odontológico centrado no alívio da dor para um modelo que enfatiza também a promoção da saúde e a prevenção de doenças (A3). Conforme a PNSB, esta inclui diretrizes que

recomendam ações de prevenção e controle do câncer bucal, resolutividade do pronto-atendimento e procedimentos complexos (A6), e ações em saúde bucal que englobam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (A6, p. 276).

Por fim, apesar das propostas claras de mudança, o modelo de prática centrado no tecnicismo ainda prevalece, necessitando ênfase maior na promoção e prevenção (A6, p. 279). A inserção da odontologia na ESF buscou ampliar ações preventivas e de promoção à saúde bucal no SUS (A7), e a inclusão das ESBs na ESF garantiu maior ênfase à promoção, proteção e recuperação da saúde bucal (A8).

Dessa forma, a ESF é referência para um modelo assistencial que prioriza ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e famílias, incluindo saúde bucal (A13), e supera a fragmentação do ensino em saúde, potencializa a AB como porta de entrada preferencial (A14).

Adicionalmente, a PNSB busca ampliar e garantir atenção odontológica a toda a população, com práticas pautadas na vigilância em saúde, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, concretizando o princípio da integralidade (A19).

Assim, a integralidade se manifesta nos microprocessos de trabalho em saúde, onde cada profissional adota uma postura acolhedora e comprometida, estabelecendo vínculo e priorizando condutas equânimes para atender às necessidades dos usuários (A14).

Em resumo, a integralidade na saúde bucal, apesar dos desafios, é essencial para garantir um cuidado mais equânime e resolutivo. Para superar obstáculos, como o foco excessivo no modelo clínico e a dificuldade de integração entre os diferentes níveis de atenção e setores, é necessário reforçar as práticas de promoção e prevenção. Também é fundamental unir o atendimento clínico às ações educativas e coletivas. A formação contínua dos profissionais e a criação de políticas públicas que realmente integram as áreas da saúde são passos importantes para tornar a integralidade uma realidade no dia a dia das equipes de saúde bucal.

5.3 LONGITUDINALIDADE NA SAÚDE BUCAL

O atributo longitudinalidade no cuidado em saúde bucal mostra-se comprometido, especialmente pela falta de agendamento de retorno, dificuldade na

continuidade e conclusão dos tratamentos odontológicos. Os resultados sobre este atributo são apresentados no Quadro 9, a seguir.

Quadro 9 – Síntese do Atributo Longitudinalidade identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024)

Atributo 3: LONGITUDINALIDADE		
7.	CONTINUIDADE AO LONGO DO TEMPO	
7.1.	Evolução do quadro clínico	a) Dificuldades para finalizar tratamentos odontológicos devido a falhas na infraestrutura e escassez de materiais; b) Melhorias na conclusão de tratamentos que contribuem para a educação em saúde e redução de cáries; c) Apesar dos desafios, alguns profissionais conseguem concluir um número significativo de tratamentos com resultados satisfatórios.
8.	CONHECIMENTO DOS PACIENTES E DE SEUS PROBLEMAS	
8.1.	Conhecimento da equipe sobre os pacientes e seus problemas de saúde	a) Integração entre saúde bucal e outros cuidados por meio de vínculos e empoderamento, reconhecendo fatores sociais; b) Qualificação da força de trabalho em saúde para desenvolver profissionais críticos e comprometidos; c) Foco em ações preventivas para melhorar produtividade e reduzir custos; d) Limitações da PNSB em abordar integralmente doenças bucais negligenciadas; e) Necessidade de uma abordagem integral considerando o sujeito biopsicossocial; f) Diretrizes da Estratégia da Saúde da Família organizadas por condições de vida e cuidado; g) Continuidade do atendimento depende de um vínculo forte entre usuário e profissional; h) Serviços odontológicos devem priorizar patologias prevalentes na atenção primária.
8.2.	Conhecimento dos pacientes sobre seus problemas de saúde	a) A saúde bucal está ligada à saúde geral e à capacidade para o trabalho; b) A dor física reforça a necessidade de cuidados bucais no ambiente de trabalho; c) Saúde bucal deve ser integrada a programas de saúde ocupacional; d) Necessidades principais incluem periodontia e endodontia, áreas carentes de especialistas.
9.	DIAGNÓSTICO E ATENÇÃO PRECOSES	
9.1.	Diagnóstico mais preciso	a) Compreender o que realmente é cárie e os tratamentos adequados para uso no Programa de Saúde da Família (PSF).
10.	RELAÇÃO USUÁRIO-EQUIPE DE SAÚDE, CONFIANÇA E VÍNCULO	
10.1	Vínculo	a) O sucesso das ações de saúde bucal nas UBSs requer vínculo com as famílias, trabalho em equipe, abordagem multiprofissional e humanização; b) A formação profissional deve promover uma relação de confiança e cuidado com a comunidade; c) Políticas de saúde podem limitar a abordagem subjetiva necessária para um bom vínculo com os pacientes; d) Embora haja avanços em acesso e acolhimento, a promoção da saúde e a abordagem interdisciplinar ainda são limitadas; e) A expansão do PSF/ESF foca a integralidade do cuidado, incluindo territorialização e acolhimento; f) A odontologia privada está se massificando, levantando preocupações éticas e de qualidade; g) Solidariedade e integração profissional são importantes para a promoção da saúde bucal; h) A satisfação dos usuários depende da qualidade do tratamento e do vínculo com o profissional.
10.2	Cooperação mútua paciente/profissional e autocuidado	a) O autocuidado e o autoexame são fundamentais para prevenir doenças bucais, com o profissional de saúde facilitando o acesso à informação e à prevenção; b) É importante construir vínculos e promover a autonomia do paciente, compartilhando conhecimentos e práticas para sua emancipação e responsabilização; c) A Estratégia Saúde da Família (ESF) foca práticas educativas para promover a saúde, melhorar o bem-estar e o acesso a serviços sociais, desenvolvendo comportamentos favoráveis ao cuidado em saúde; d) A atenção integral em saúde bucal deve envolver práticas que permitem aos usuários assumir corresponsabilidade pela sua saúde.

Atributo 3: LONGITUDINALIDADE		
10.3	Adesão ao Tratamento	a) Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são fundamentais para o desenvolvimento das ações de atenção primária, incluindo saúde bucal, com a rápida expansão do programa no país; b) A maioria dos dentistas no PSF tem de dois a três anos de experiência, o que pode limitar a qualificação e o desempenho devido à adaptação a novos valores e práticas; c) Grupos educativos visam aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, prevenir riscos e controlar doenças, focando na educação em saúde e esclarecimento sobre doenças.
11. MONITORAMENTO DO ESTADO DE SAÚDE		
11.1	Acompanhamento do quadro de saúde	a) O atendimento odontológico nas UBS se tornou a principal porta de entrada, atendendo demandas simples e complexas; b) Muitos municípios enfrentam problemas devido à falta de monitoramento e avaliação das ações de saúde odontológica; c) A continuidade do tratamento odontológico não é garantida de forma consistente, levando à ausência temporária de usuários do sistema; d) A abordagem ainda é centrada na clínica e no enfoque biológico, em detrimento da integralidade do cuidado; e) Embora a maioria das ESB ofereça consultas especializadas e registre usuários encaminhados, a garantia da continuidade do tratamento ainda não é plenamente avaliada.

Fonte: Resultados da pesquisa (2024).

Em relação ao atributo longitudinalidade, à continuidade ao longo do tempo (subcategoria 7), à evolução do quadro clínico (tema 7.1), nessa revisão de literatura constatou que um dentista admite raramente finalizar tratamentos devido a falhas na infraestrutura e escassez de materiais (CD1). Por outro lado, outro profissional relata que, apesar do desgaste, agora consegue concluir tratamentos, o que facilita a educação em saúde e a orientação de higiene aos pacientes, resultando em menor incidência de cáries nas visitas subsequentes (CD2). Embora existam desafios, alguns profissionais relatam respostas satisfatórias e a conclusão de uma quantidade significativa de tratamentos odontológicos (A20, p. 7-8). No entanto, a falta de agendamento de retorno compromete a longitudinalidade do cuidado em saúde bucal, especialmente quando os profissionais não possuem formação em Saúde da Família (A14).

Relatos das entrevistas no trabalho de Oliveira *et al.* (2022) corroboram esses resultados nesse sentido: “A gente extrai o dente que tá doendo, depois, daqui a dois anos, ele vem de novo quando estiver com dor. São esses pacientes que somem. Pra mim a dificuldade maior é o retorno, aí o paciente se perde (CD2)” (Oliveira *et al.*, 2022, p. 6).

No que se refere ao conhecimento dos pacientes e de seus problemas (subcategoria 8), conhecimento da equipe sobre os pacientes e seus problemas de saúde (tema 8.1), verificou-se que, para superar a dicotomia entre saúde bucal e outros aspectos do cuidado, é fundamental priorizar formas de vínculo e comprometimento que envolvem acolhimento, autonomia e empoderamento. Essas práticas reconhecem que a saúde bucal é influenciada por múltiplos fatores sociais e ambientais, como moradia, saneamento e emprego (A6, p.281).

Além disso, Motta *et al.* (2001 *apud* Koyashiki; Alves-Souza; Garanhani, 2008) defendem a qualificação e requalificação da força de trabalho em saúde para formar profissionais competentes e comprometidos com a construção social da saúde, desenvolvendo atitudes críticas e reflexivas sobre seu papel (A1). Adicionalmente, a organização do trabalho com foco em ações preventivas e promoção de saúde pode aumentar a produtividade e reduzir custos (A4). Contudo, a PNSB tem limitações em sua abordagem integral, focando principalmente práticas como escovação e controle de dieta, sem detalhar uma integralidade mais ampla que inclui doenças bucais negligenciadas (A6).

Alves (2005 *apud* Pires; Botazzo, 2015) destaca que a integralidade deve se opor a uma abordagem fragmentada e simplista, considerando o usuário como um todo em suas necessidades mais amplas (A6). As diretrizes para a saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família querem ações resolutivas organizadas por linhas de cuidado e condições de vida (A6). Um vínculo contínuo entre usuário e profissional de saúde é essencial para garantir a continuidade e qualidade do atendimento (A13). Dessa forma, os serviços odontológicos na atenção primária devem focar as doenças mais prevalentes nas comunidades (A19).

Em relação ao conhecimento dos pacientes sobre seus problemas de saúde (tema 8.2) percebeu-se que a autopercepção da saúde bucal está positivamente correlacionada com a autopercepção da saúde geral, similarmente a outros estudos, e também com o Índice de Capacidade para o Trabalho, evidenciando a integralidade da saúde (A18). Além disso, capacidade para o trabalho foi associada de forma independente à autopercepção de saúde bucal, especialmente no domínio da dor física, justificando a necessidade de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde bucal direcionadas aos trabalhadores. Isso reforça a importância da saúde bucal em programas de saúde ocupacional, integrando ações de vigilância (A18).

O objeto de trabalho na saúde bucal mantém-se focado nos dentes e na boca, mas também inclui educação em saúde bucal. Assim, as necessidades mais frequentes entre os usuários são nas áreas de periodontia e endodontia, devido à ausência de profissionais especializados nessas áreas (A11)

Em relação ao diagnóstico e atenção precoces (subcategoria 9), no que diz respeito ao diagnóstico mais preciso (tema 9.1), foi percebido que é necessário entender melhor o que realmente é cárie, o que não é, e quais tratamentos específicos podem ser utilizados no Programa de Saúde da Família (PSF) (A1).

No que se refere à relação usuário-equipe de saúde, confiança e vínculo (subcategoria 10) e vínculo (tema 10.1), verificou-se que os estudos destacam diversos fatores essenciais para o sucesso das ações de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde dentro do Programa de Saúde da Família (PSF). Segundo os dentistas, o vínculo com as famílias, o trabalho em equipe, a delimitação da área de atuação, a abordagem multiprofissional, a educação contínua dos profissionais e a humanização do atendimento são fundamentais para garantir que essas ações atendam às diretrizes operacionais do Ministério da Saúde (MS). Esses aspectos

estão em conformidade com as propostas do MS para incorporar as ações de saúde bucal no PSF (Rocha; Araújo, 2009).

Além disso, mudanças na formação profissional enfatizam a importância de estabelecer uma nova relação com a comunidade, baseada em atenção, confiança, respeito e cuidado, conforme preconizado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (Gomes; Ramos, 2015). No entanto, desafios persistem na prática clínica odontológica devido ao viés programático das políticas de saúde, que por vezes limitam a abordagem da subjetividade necessária para um vínculo efetivo com os pacientes (A6).

Estudos anteriores destacam avanços no acesso e acolhimento, mas indicam resultados limitados na promoção da saúde, territorialização e abordagem interdisciplinar nas práticas de saúde bucal (Scherer *et al.*, 2018). A amplificação e reorientação do PSF/ESF têm favorecido a discussão sobre a integralidade no cuidado à saúde, incorporando a territorialização, vigilância em saúde, acolhimento e vínculo como propostas essenciais (A6). Por outro lado, a odontologia privada no Brasil passa por uma transição, onde o vínculo tradicional entre profissional e paciente está sendo substituído por uma massificação dos serviços, levantando questões éticas e de qualidade no atendimento (A5).

A solidariedade, o respeito e a integração profissional são essenciais na promoção da saúde bucal, contribuindo para a formação de vínculos entre profissionais e usuários, o que é fundamental para o sucesso das ações planejadas (A7).

A satisfação dos usuários com os serviços de saúde bucal depende não apenas do acesso, mas também da qualidade do tratamento odontológico, sendo influenciada pela resolutividade e pelo vínculo estabelecido entre profissional e paciente, que são determinantes para uma experiência positiva no cuidado à saúde bucal (A20).

Em relação à cooperação mútua paciente/profissional e autocuidado (tema 10.2), foi verificado no relato dos entrevistados que o autocuidado e o autoexame são essenciais na prevenção de doenças bucais, com o profissional de saúde atuando como intermediário entre a informação e o acesso à prevenção e manutenção da saúde bucal (A1). Esse comprometimento deve ser focado na construção de vínculos e na autonomia do paciente, compartilhando conhecimentos e práticas, e percebendo o impacto das atividades diárias na emancipação e

corresponsabilização dos indivíduos (Santos *et al.*, 2008 *apud* Gomes; Ramos, 2015).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como papel central uma prática educativa voltada para a promoção da saúde, visando melhorar o bem-estar e o acesso a bens e serviços sociais. Dedicar tempo e espaço para abordar questões além do biológico com a população promove o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado em saúde, através do empoderamento e da luta por estratégias que permitem maior controle sobre as condições de vida, individual e coletivamente, garantindo uma atenção integral (A14).

A ressignificação das práticas em saúde bucal deve seguir modelos que atendem à integralidade da saúde, com os usuários sendo corresponsáveis por sua própria saúde (Santos, 2006 *apud* Oliveira *et al.*, 2022).

No que se refere à adesão ao tratamento (tema 10.3), percebeu-se que, respaldados pela atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pela rápida expansão do programa no país, os autores apontam os ACS como facilitadores no desenvolvimento de ações de atenção primária, incluindo a saúde bucal (A1). Observa-se que 41,38% dos dentistas no PSF têm de dois a três anos de trabalho, o que pode ser um fator limitante, dificultando a qualificação e o desempenho das ações, devido à necessidade de adesão a novos valores e práticas de saúde (A2). As atividades dos grupos educativos buscam a adesão dos pacientes ao tratamento, a prevenção de riscos e o controle de doenças, centrando-se na educação em saúde e no esclarecimento sobre doenças (A3, p. 5148).

Assim, as dificuldades enfrentadas na atenção à saúde bucal, principalmente na ESF, revelam a complexidade de promover um cuidado integral que vai além da simples execução de procedimentos odontológicos. A falta de recursos e a estrutura inadequada desafiam a continuidade e a conclusão dos tratamentos, impactando diretamente a qualidade do atendimento e a prevenção de doenças bucais. No entanto, o fortalecimento do vínculo entre profissionais e pacientes, a ênfase em práticas educativas, e o reconhecimento da saúde oral como parte integrante do bem-estar geral são fundamentais para a superação dessas barreiras.

De acordo com Barbosa *et al.* (2022), compreender o processo de trabalho dos profissionais de saúde possibilita reconhecer as lacunas vivenciadas no sistema de saúde vigente. Sabe-se que não são somente os aspectos estruturais da

inadequação dos espaços físicos que interferem nos processos de trabalho na APS, a ausência de planejamento, a rotatividade de trabalhadores de saúde, bem como a falta de planos de carreira e salários são fatores que fortemente comprometem os serviços de assistência à saúde no SUS. Os relatos mencionados no estudo de Barbosa *et al.* (2022, p. 4401) corroboram: “- Outra dificuldade é a falta de insumos, falta material para restaurar, para fazer extração, às vezes, a equipe de saúde passa meses sem material, realizando as requisições[cirurgião-dentista]” (Barbosa *et al.*, 2022, p. 4401).

Por outro lado, a necessidade de um diagnóstico precoce e preciso, associado à cooperação mútua entre pacientes e profissionais é evidenciada em uma abordagem humanizada. A promoção do autocuidado e a construção de uma autonomia compartilhada são essenciais para que os pacientes se tornem corresponsáveis por sua saúde. Assim, a ressignificação das práticas odontológicas dentro do contexto da ESF, com foco na integralidade e no empoderamento dos usuários, pode ser a chave para um sistema de saúde mais justo e eficaz, que atende de maneira plena às necessidades biopsicossociais da população.

Em relação ao monitoramento do estado de saúde (subcategoria 11), acompanhamento do quadro de saúde (tema 11.1), foi verificado que o atendimento odontológico nas unidades básicas de saúde se tornou o principal foco, funcionando como a porta de entrada do sistema e responsável pelo acompanhamento das demandas da população, desde procedimentos simples até os mais complexos (A.2). No entanto, muitos municípios brasileiros enfrentam problemas sérios devido à falta de monitoramento e avaliação das ações de saúde, como observado por Leal e Tomita (*apud* Pimentel *et al.*, 2012) que destacaram a ausência de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação nos serviços odontológicos municipais (A3, p. 5154).

A continuidade do tratamento odontológico, garantida por consultas de retorno até a conclusão, não é constante entre os participantes. Alguns garantem os retornos e registram todos os procedimentos realizados no prontuário clínico, enquanto outros não têm controle sobre os retornos ou simplesmente não agendam os pacientes. A falta de garantias de retorno pode levar ao desaparecimento temporário do usuário, pois muitos buscam atendimento apenas para resolver queixas imediatas, retornando somente quando a dor reaparece (A20). Isso indica

uma abordagem ainda centrada na clínica e no enfoque biológico, em detrimento da dimensão integral que deve ter o cuidado (A14, p. 4327).

O trabalho de Martins (2012) corrobora nesse sentido quando relata que em relação aos resultados do atributo "longitudinalidade", 88% dos CD responderam que "com certeza não" ou "provavelmente não" conhecem as famílias dos seus pacientes. Neste trabalho, o autor considera a alta rotatividade dos profissionais nas equipes, como um fator que prejudica a construção de vínculo com a comunidade. Consequentemente, não existe acompanhamento e garantia de retorno.

O estudo A13 considera que, apesar de 88,2% das Equipes de Saúde Bucal (ESB) oferecerem consultas especializadas e 86,1% mantiverem registros dos usuários encaminhados (A15, p. 153), a variável "a equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de quem iniciou tratamento?" apenas se aproximou do conceito de longitudinalidade sendo insuficiente para medir esse atributo. Sugere-se, então, em relação à longitudinalidade, futuras versões do PMAQ-AB que incluam questões que possam avaliar melhor esse atributo no trabalho das (A13)

Portanto, a ausência de agendamentos de retornos e o foco nas queixas imediatas mostram que é necessário mudar as práticas para garantir um acompanhamento mais organizado e humanizado. Adotar métodos mais eficazes para monitorar as equipes de saúde bucal pode ser fundamental para melhorar a eficiência do sistema e oferecer um cuidado mais contínuo e completo.

5.4 COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NA SAÚDE BUCAL

No que se refere ao atributo coordenação da atenção na saúde bucal, ainda há municípios sem serviços especializados de referência, principalmente nos mais carentes e com menor população. A coordenação da atenção na saúde bucal ainda é desafiadora. Os resultados sobre este atributo são apresentados no Quadro 10, a seguir.

Quadro 10 – Síntese do Atributo Coordenação da Atenção identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024)

Atributo 4: COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO		
12.	INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS EM REDE HIERARQUIZADA E DESCENTRALIZADA DE ATENÇÃO	
12.1.	Acesso aos diferentes níveis de cuidados	a) O acesso e o tempo de espera nas especialidades continuam problemáticos, levando usuários a buscar outros serviços; b) Há um baixo percentual de ESBs que realizam ações de integralidade e prótese dentária, com poucas oferecendo referências para especialidades obrigatórias; c) A consolidação do SUS depende de tecnologias, organização da demanda, inclusão e participação popular eficaz; d) A PNSB visa ampliar o atendimento com CEOs, mas baixos salários e falta de estabilidade para CDs comprometem sua eficácia; e) A integração e continuidade do cuidado nas equipes de saúde bucal ainda são desafiadoras, sobrecarregando os CEOs devido à falta de equipamentos básicos; f) A organização da rede de atenção exige regionalização e articulação entre diferentes níveis de complexidade; g) No Paraná, 70% das ESB oferecem consultas especializadas nos CEOs, mas há lacunas em serviços de referência em municípios mais carentes; h) A construção de uma atenção primária eficaz e coordenada é essencial para garantir acesso e atendimento integral de qualidade.
12.2.	Sistema eficaz de referência e contrarreferência	a) A integralidade nas ações de saúde bucal requer uma rede de serviços bem articulada, com base em dados epidemiológicos e vigilância à saúde, além de políticas de educação permanente e financiamento adequado; b) A implementação das ações de saúde bucal no PSF enfrenta obstáculos como falta de capacitação contínua, infraestrutura inadequada, e dificuldades na articulação de referência e contrarreferência, comprometendo a integralidade da assistência; c) A humanização do atendimento é a característica operacional mais presente no PSF, mas apenas uma parte das ações inclui acompanhamento, educação permanente dos profissionais, e articulação adequada para serviços de maior complexidade; d) O Ministério da Saúde visa ampliar o acesso à saúde bucal na ESF, integrando-se a uma rede de serviços com referência e contrarreferência para garantir o acompanhamento dos pacientes; e) Os CEO mudaram o foco para a redução da perda dental, oferecendo várias especialidades, mas ainda há lacunas na coordenação com a atenção básica, como a falta de reuniões entre os níveis de atendimento.
13.	ARTICULAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS	

13.1	Tratamento multidisciplinar	<p>a) Bons resultados na saúde bucal dependem de aspectos como capacidade profissional, integração da equipe, cooperação da comunidade, disponibilidade de materiais e equipamentos, planejamento das atividades e horário de atendimento integral; b) A constituição das linhas de cuidado é fundamental para a integralidade e envolve organização dos processos de trabalho, assistência multiprofissional e acolhimento na atenção básica; c) A potencialidade da equipe é fundamental para mudanças nos processos de trabalho, fortalecendo a integralidade e a responsabilidade, embora haja desafios na mudança estratégica; d) Programas de desenvolvimento profissional, educação permanente e momentos de reflexão são importantes para melhorar a percepção dos trabalhadores e promover uma atuação em equipe eficaz; e) O perfil clínico dos dentistas pode contrastar com as necessidades multidisciplinares do PSF, que exige habilidades para trabalhar com comunidades e em equipe; f) Equipes multiprofissionais da ESF, incluindo dentistas, atuam em um território abrangente e devem envolver ações intersetoriais. A participação social e o planejamento são essenciais para o sucesso da ESF; g) O trabalho em equipe na ESF é fundamental para a integralidade dos cuidados de saúde, e a criação de barreiras ao compartilhamento de atividades pode comprometer o sucesso das políticas públicas; h) A saúde bucal na ESF se beneficia do trabalho em equipe, mas a desinformação e a falta de valorização dos TSBs dificultam sua integração e atuação; i) A odontologia coletiva evoluiu para um enfoque interdisciplinar e preventivo, mas ainda enfrenta dificuldades na colaboração profissional e no planejamento intersetorial; j) A incorporação de pessoal auxiliar e a delegação de funções pelos dentistas são essenciais para melhorar a prática odontológica e a qualidade da assistência; k) Profissionais com formação em Saúde da Família têm melhor desempenho em acesso, trabalho em equipe, integralidade e longitudinalidade, indicando a importância dessa formação; l) A ESF deve organizar equipes multiprofissionais para garantir a integralidade do processo saúde-doença e garantir o acesso e a responsabilidade pelo usuário; m) A Política Nacional de Saúde Bucal e o Programa Brasil Sorridente reforçam a importância da interdisciplinaridade, integralidade e qualificação na assistência; n) A troca de conhecimentos, reconhecimento das competências de cada membro e gestão local eficaz são fundamentais para o avanço do trabalho em saúde bucal na ESF; o) Reuniões de equipe, com frequência recomendada de quatro horas semanais, são importantes para o planejamento, o monitoramento e a troca de conhecimentos, fortalecendo o desempenho e a colaboração; p) A colaboração entre os membros da equipe, a troca de saberes e a abordagem integradora são essenciais para alcançar a integralidade e superar desafios na mudança estratégica do trabalho em equipe.</p>
Atributo 4: COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO		
13.2.	Encaminhamentos entre especialidades	<p>a) As Diretrizes da PNSB propõem a criação dos CEO para atenção de média complexidade; b) A integralidade nos CEOs melhora com maior cobertura da atenção primária, mas há lacunas entre os níveis de atenção; c) Antes dos CEOs, tratamentos complexos eram encaminhados para fora do município, mas agora há maior acesso e redução na perda dental; d) A gestão de consultas com especialistas enfrenta desafios devido à burocracia e à falta de integração entre as equipes de saúde; e) A criação dos CEOs resultou na redução de ações básicas de saúde bucal devido ao remanejamento de profissionais e cobertura parcial pelo PSF; f) O isolamento físico das equipes de saúde bucal dificulta a coordenação do cuidado e o acesso aos serviços</p>
14.	FLUXO DE INFORMAÇÕES	
14.1.	Comunicação entre profissionais de saúde	<p>a) A PNSB recomenda a atuação interdisciplinar e multidisciplinar dos profissionais de saúde bucal, interagindo com outras áreas além do campo técnico; b) A autonomia dos dentistas nas UBS reduz a burocracia e facilita a execução das atividades, mas 20,69% dos dentistas não responderam sobre sua autonomia; c) Há falta de acompanhamento e supervisão das ESF pelas coordenações municipais, com uma participação limitada em reuniões; d) Em Pernambuco, muitas equipes de saúde bucal relatam boa integração com a equipe de saúde da família, realizando ações conjuntas; e) A partir de 2004, a PNSB promoveu a reorganização da AB, aumentando a participação do pessoal auxiliar e buscando novas práticas de trabalho; f) Apesar das boas relações entre profissionais, dificuldades como falta de ajuda de custo e conflitos com a equipe e a coordenação dificultam o trabalho; g) Nos CEOs, a falta de reuniões conjuntas com dentistas da atenção básica prejudica a interface entre os níveis de atenção; h) A concentração de informações na coordenação de saúde bucal dificultou a implantação da PNSB, agravada pela falta de comunicação com outros coordenadores; i) O isolamento físico das equipes de saúde bucal dentro das unidades de saúde reflete e amplifica o distanciamento no planejamento e organização do trabalho; j) A estrutura da ESF incentiva uma atuação mais integrada dos profissionais de saúde bucal, embora a integração ainda seja incipiente e em construção; k) O compartilhamento de saberes entre profissionais, como médicos e enfermeiros, facilita a atenção integral e a comunicação no atendimento.</p>

14.2.	Registro e transferência de informações sobre os problemas de saúde dos usuários	a) PoucasESBs organizam prontuários por família, prática mais comum em municípios com melhores condições socioeconômicas; b) A falta de registros formais prejudica o planejamento e avaliação da PNSB; c) Unidades básicas enfrentam restrições estruturais que dificultam registros e abastecimento; d) A ideologia preventiva na odontologia influencia o modelo de atenção e monitoramento; e) Procedimentos preventivos são universais, mas os complexos são mais comuns em municípios mais desenvolvidos.
-------	--	---

Fonte: Resultados da pesquisa (2024).

Em relação ao atributo coordenação da atenção, integração de serviços em rede hierarquizada e descentralizada de atenção (subcategoria 12), acesso aos diferentes níveis de cuidados (tema 12.1), nessa revisão foi verificado que o acesso e o tempo de espera nas especialidades continuam sendo problemas na rede de atenção à saúde, causando o deslocamento dos usuários para outros serviços (A19). Além disso, foi observado um baixo percentual de realização de ações que definem a integralidade e ações em prótese dentária, com apenas 7,6% das ESB oferecendo referência para as cinco especialidades obrigatórias dos CEOs e 10,2% ofertando próteses dentárias (A13).

Ademais, a consolidação das práticas em saúde no SUS depende de vários fatores, organização da demanda, estratégias de inclusão e incentivo à participação popular para implementação de ações mais eficazes (A3). Desde 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal, ou "Brasil Sorridente", busca ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal, incentivando a criação dos CEOs para aumentar a oferta de procedimentos no nível secundário de atenção (A9).

Contudo, os cirurgiões-dentistas dos CEOs enfrentam baixos valores remuneratórios e falta de estabilidade laboral, o que compromete a eficácia das políticas de saúde bucal (A9, p. 133). Apesar da grande expansão das equipes de saúde bucal (SB) vinculadas à Estratégia Saúde da Família e da implementação dos CEOs, que devem oferecer especialidades como periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor, a integração e continuidade do cuidado ainda são desafiadoras (A11).

Além disso, a falta de equipamentos básicos, como fotopolimerizadores, faz com que procedimentos de atenção básica sejam realizados nos CEOs, sobrecarregando esses centros (A11, p.197). A organização da rede de atenção pressupõe a regionalização e uma rede de serviços articulada em diferentes níveis de complexidade e competências (A13, A15). Portanto, a coordenação do cuidado envolve agendamento, referência e contrarreferência, integrando a atenção básica aos demais níveis de atenção, o que é fundamental para a conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (A15).

No Paraná, 70% das ESB oferecem consultas especializadas nos CEOs, com 85,7% das demandas de referência sendo atendidas por esses centros. Contudo, ainda há municípios sem serviços especializados de referência, especialmente aos mais vulneráveis e com menor população (A15). O desafio é construir uma atenção

primária que garante acesso e atendimento integral de qualidade, coordenando o cuidado em saúde. Estudos são necessários para demonstrar os resultados e o impacto das ações odontológicas na atenção primária (A19).

No que se refere ao sistema eficaz de referência e contrarreferência (tema 12.2), foi observado que, para garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços de saúde, é necessário assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, utilizar a epidemiologia e informações sobre o território para planejar as ações. Além de acompanhar o impacto por meio de indicadores adequados, centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporar a saúde da família na reorganização da atenção básica, definir políticas de educação permanente, financiamento, e estabelecer uma agenda de pesquisa científica (Ministério da Saúde, 2004 *apud* Rocha; Araújo, 2009).

No entanto, a falta de capacitação contínua para os profissionais, espaço físico inadequado, demanda reprimida de pacientes, problemas na articulação da referência e contrarreferência, e a dificuldade de substituir práticas antigas são os principais obstáculos para implementar as características operacionais propostas pelo Ministério da Saúde para as ações de saúde bucal no PSF (A2). Ademais, a articulação da referência e contrarreferência, essencial para encaminhar e orientar usuários com problemas complexos, não funciona como previsto devido à falta de especialistas nas UBSs, comprometendo a integralidade da assistência (A2).

A humanização do atendimento é a característica operacional mais presente nas ações de saúde bucal no PSF, seguida pela abordagem centrada na família e a substituição das práticas tradicionais. No entanto, apenas 67,24% das ações incluem acompanhamento e avaliação, 46,55% educação permanente dos profissionais, e 43,10% articulação da referência e contrarreferência para serviços de maior complexidade (A2, p. 497).

Portanto, o Ministério da Saúde pretende que a saúde bucal na ESF siga os princípios do SUS, ampliando o acesso da população e integrando-se a uma rede de serviços com sistema de referência e contrarreferência que garante resolutividade e acompanhamento dos pacientes (A3). Os CEOs mudaram o foco do atendimento de uma situação de 'mutilação' para a 'redução da perda dental', oferecendo especialidades como periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (A11, p. 198; A11, p.

189). Contudo, há lacunas na interface com a atenção básica, como a falta de reuniões entre profissionais dos dois níveis para discutir casos (A11, p. 194)

Em relação à articulação entre profissionais (subcategoria 13), tratamento multidisciplinar (tema 13.1), foram observadas a capacidade profissional, a integração da equipe e a cooperação da comunidade, bem como o compromisso e a boa vontade dos profissionais são os aspectos que mais favorecem bons resultados. Outros fatores, como a disponibilidade de material, instrumental e equipamentos, o planejamento das atividades e o horário de atendimento integral também são importantes (A2). Segundo o PMAQ-AB, a constituição das linhas de cuidado é fundamental para a integralidade e ocorre pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, com assistência multiprofissional, operando com acolhimento, vinculação de clientela e responsabilidade da equipe (A19).

Além disso, a potencialidade da equipe é vista como uma ferramenta para mudanças nos processos de trabalho, fortalecendo a integralidade, o acolhimento, o vínculo, a autonomia e a responsabilização. O trabalho em equipe multiprofissional amplifica as atividades desenvolvidas, mas ainda enfrenta desafios para essa mudança estratégica (Okuyama; Silva, 2017; Peruzzo, 2018; Scherer *et al.*, 2018 *apud* Oliveira *et al.*, 2022). Um espaço onde as práticas de saúde recebem uma nova dinâmica, rompendo a organização disciplinar tradicional e fragmentada, forma vínculos, propõe alianças com outros setores e potencializa as formas de produzir saúde, fortalecendo a relação sistema-usuário (A1).

Para superar limitações e sentimentos negativos, programas de desenvolvimento profissional baseados na educação permanente em saúde devem ser oferecidos aos trabalhadores, promovendo novas concepções do trabalho diário e tornando a trajetória profissional mais prazerosa. Momentos de discussão, análise e reflexão são importantes para que os trabalhadores se percebam como parte de uma equipe (A1). Os dentistas têm um perfil profissional voltado para a clínica devido à sua formação acadêmica, o que contrasta com as características necessárias ao trabalho no PSF, como conhecimento amplo e multidisciplinar, habilidade para atender a diferentes tipos de demandas, vontade de trabalhar com comunidades e trabalho em equipe (A2).

O trabalho em equipe na ESF é ressaltado pela integralidade nos cuidados de saúde, sendo fundamental para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil (A3). O modelo formado por médicos, enfermeiros, auxiliares de

enfermagem, agentes de saúde e, mais recentemente, por dentistas, as equipes multiprofissionais da ESF são responsáveis pelas famílias de uma determinada área no município, caracterizando-se por sua abrangência e ações intersetoriais como saúde, educação, saneamento e meio ambiente (A2). A abordagem multiprofissional, a participação social, o diagnóstico da saúde da comunidade, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações são essenciais para o sucesso da ESF (A3, p. 5155).

A ESF organiza-se com uma equipe multiprofissional cujo campo de atuação é o território-família-comunidade, onde os profissionais de saúde desenvolvem ações comuns e preservam suas especificidades (A3). Alguns profissionais acreditam que devem ser excluídos de certas atividades, mas a reorganização do trabalho em saúde na atenção básica pressupõe o trabalho em equipe, essencial para a integralidade. A criação de barreiras ao compartilhamento de atividades compromete o sucesso das políticas públicas (A4).

O trabalho em equipe na ESF também foi estendido à saúde bucal, ampliando o campo de trabalho para CDs e níveis auxiliares, como TSBs (Brasil, 2002, 2006, 2008 *apud* Esposti *et al.*, 2012). No entanto, a desinformação sobre a profissão de TSB e a falta de valorização dessa categoria dificultam seu ingresso no SUS e o trabalho em equipe. É necessário um enfoque multidisciplinar e integral na assistência em saúde bucal (Costa, 2004 *apud* Esposti *et al.*, 2012) e a participação ativa dos TSBs nas atividades e organização do trabalho odontológico (A4, p. 376).

O trabalho de Lima *et al.* (2016) corrobora os resultados exemplificado no relato a seguir:

[...]Acho que não [têm conhecimento], profundamente não. Só sabem que é a pessoa que faz "limpeza". Acho que deveria existir uma integração maior entre os profissionais da equipe. Deveriam ser feitas de vez em quando dinâmicas para demonstrar a importância de cada um na equipe. Dentro de uma unidade de saúde todo mundo é importante (ASB 2) (Lima *et al.*, 2016, p. 150).

A odontologia coletiva ainda se apoia no saber/fazer curativo/funcional, agora também interdisciplinar e preventivo (A5, p. 295). No entanto, existem dificuldades na participação do coletivo profissional nas ações de planejamento, gerenciamento e atividades interdisciplinares (A5, p. 294). O atendimento integral requer a superação da estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde,

exigindo compromisso com o aprendizado contínuo e a prática multiprofissional (A6, p. 276).

Para o trabalho integrado e produtivo da equipe de saúde bucal, é necessário incorporar o pessoal auxiliar e que o dentista delegue funções adequadamente, permitindo que assistentes e técnicos desenvolvam suas habilidades e ampliem a prática odontológica (A12). A formação profissional adequada é fundamental para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde e as relações sociais intra e interequipes, melhorando a qualidade da assistência prestada (A14).

Apesar de poucos profissionais terem formação em Saúde da Família, ocorreu associação importante entre essa formação e o melhor desempenho em processos de trabalho condizente ao SUS, como acesso, trabalho em equipe, integralidade e longitudinalidade (A14). A ESF organiza o trabalho de equipes multiprofissionais para contemplar de forma abrangente o processo saúde-doença, garantindo acesso e responsabilidade pelo usuário em todo o sistema (A15). As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Programa Brasil Sorridente reforçam a reestruturação da atenção à saúde bucal através da interdisciplinaridade, multiprofissionalismo, integralidade, intersetorialidade e qualificação da assistência (A17).

Para o avanço no trabalho em saúde bucal na ESF, é necessário que os profissionais troquem conhecimentos, reconheçam habilidades e competências de cada membro e tenham atitudes para a construção coletiva de intervenções. A gestão local na saúde pode potencializar esse processo de integração e melhoria do trabalho coletivo (A17). As reuniões de equipe fortalecem o vínculo e melhoram o planejamento e desempenho das atividades, embora profissionais de Odontologia frequentemente se sintam excluídos (Peruzzo *et al.*, 2018 *apud* Oliveira *et al.*, 2022).

As reuniões de equipe, recomendadas com quatro horas semanais, promovem a discussão de casos, planejamento de ações, monitoramento e avaliação das atividades, resolução de conflitos e troca de conhecimentos, fortalecendo o vínculo e melhorando o desempenho (Melo *et al.*, 2016 *apud* Oliveira *et al.*, 2022). A colaboração entre os membros da equipe, a troca de saberes e experiências e a complementaridade das atividades são essenciais para um trabalho em equipe efetivo (Peruzzo *et al.*, 2018; Scherer *et al.*, 2018 *apud* Oliveira *et al.*, 2022). Apesar dos problemas e desafios na mudança estratégica do trabalho em

equipe, uma abordagem colaborativa e integradora é necessária para alcançar a integralidade (Peduzzi; Agreli, 2018 *apud* Oliveira *et al.*, 2022).

Em relação aos encaminhamentos entre especialidades (tema 13.2) foi verificado que as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal indicam uma remodelação das ações da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família, propondo a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas como referência para a atenção de média complexidade (secundária) (A6, p. 276). Chaves *et al.* (2010) observaram que a integralidade nos CEOs aumenta com a cobertura da atenção primária no território, mas também apontaram lacunas na interface entre a atenção básica e a secundária (A11, p. 189).

Antes dos CEOs, muitos casos, como cirurgias de terceiro molar, eram encaminhados para fora do município, e pacientes especiais não tinham acesso a serviços odontológicos adequados. Com os CEOs, houve uma redução na perda dos elementos dentários devido à oferta de tratamentos como endodontia, periodontia, cirurgias mais complexas e atendimento a pacientes especiais (A11).

A maioria das consultas com especialistas é gerenciada nas próprias Unidades de Saúde. Porém, algumas equipes de saúde bucal não possuem serviço de referência definido para encaminhamentos (A15). No Distrito de Saúde estudado, a implantação do CEO resultou no remanejamento de profissionais da unidade básica, reduzindo os ambulatoriais de demanda aberta e, devido a não cobertura total da população pelo Programa Saúde da Família, houve uma redução significativa das ações básicas de saúde bucal (A16, p. 322).

A organização dos encaminhamentos para especialidades enfrenta desafios, com fluxos burocratizados e limitações no atendimento dos usuários encaminhados pelas UBS, dificultando a coordenação e a integralidade do cuidado (A17). Além disso, dificuldades na integração da equipe para coordenação e continuidade do cuidado em saúde bucal foram percebidas. O processo burocrático e a exigência de palestras para garantir vagas prejudicam a coordenação e continuidade do atendimento (A17, p. 239).

O estudo de Scherer *et al.* (2018) relatou que um profissional orientava sobre deformações palatais e má formação na dentição, encaminhando pacientes ao dentista e dialogando sobre higiene bucal durante o exame físico de crianças.

Outra questão mencionada se refere ao isolamento físico da equipe de saúde bucal dentro da unidade de saúde que reflete e amplifica o distanciamento no

planejamento e organização do trabalho, afetando a oferta e o acesso aos serviços pela população. Problemas de integração também dificultam a coordenação do cuidado na relação com os CEOs, que reproduzem fluxos burocratizados e limitadores de acesso (A17, p. 244).

Em relação à subcategoria 14, fluxo de informações, comunicação entre profissionais de saúde (tema 14.1), foi observado que a Política Nacional de Saúde Bucal recomenda que os profissionais da saúde bucal atuem interdisciplinarmente e multidisciplinarmente, interagindo com profissionais de outras áreas além do campo biológico ou técnico-odontológico (A14).

O estudo de Pimentel *et al.* (2012) em Pernambuco relata que muitas ESB têm uma boa integração com a equipe de saúde da família, realizando ações conjuntas como reuniões administrativas, planejamento de ações, participação em campanhas e grupos operativos.

Esse estudo também refere que a supervisão e avaliação das equipes de saúde bucal (ESB) pela coordenação do município mostraram uma ausência de acompanhamento, sendo que 35,9% das equipes não participaram das reuniões realizadas nos últimos três meses e 18,9% participaram de apenas uma reunião (A3, p. 5151-5152). A importância do acompanhamento das equipes pelo coordenador de saúde bucal é eminente, sendo sua responsabilidade organizar e orientar as equipes sobre os princípios e diretrizes do SUS na ESF (A3).

A partir de 2004, a PNSB promoveu a reorganização da Atenção Básica, com maior participação do pessoal auxiliar, buscando abordar problemas antigos com novas práticas e demandando mudanças na organização do trabalho (A6). A relação entre profissionais foi considerada "muito boa" ou "boa" por 89,9% dos participantes, com poucos conflitos interpessoais relatados (A10). No entanto, os aspectos relacionados ao financeiro, como ajuda de custo para deslocamento, conflitos interpessoais e a coordenação, foram as principais dificuldades do trabalho (A10).

Nos CEOs, os profissionais se reuniam com a coordenação apenas quando havia demandas específicas, não havendo reuniões conjuntas com dentistas da atenção básica, o que prejudicava a conexão entre os níveis de atenção (A11, p. 194). Além disso, o coordenador não realizava o monitoramento e avaliação das ações e produtividade, apesar das afirmações do secretário de saúde sobre a realização dessas ações. Por outro lado, não ocorreram reuniões periódicas com a

coordenação atual (A11, p. 196). Consequentemente, os dentistas do CEO relataram ausência de relação com profissionais da atenção básica (A11, p. 197).

Adicionalmente, poucas equipes de saúde da família (ESF) planejam ações conjuntas, monitoram indicadores ou dirigem ações aos adultos e idosos, como registro de câncer bucal e necessidade de prótese (A15, p. 158). Nesse sentido, a concentração de informações na coordenação de SB dificultou a implantação da PNSB no município, devido à falta de comunicação com outros coordenadores e ao manejo inadequado de recursos humanos e ações de saúde (A16, p. 325). Além disso, a falta de diálogo entre áreas técnicas na Coordenadoria de Atenção e Promoção da Saúde prejudicou a racionalização de recursos e a organização das ações (A16, p. 326).

Entretanto, o secretário de saúde mantinha agenda de despacho individual com coordenadorias da SMS, complementando quando necessário e a realização de visitas às unidades de saúde. A coordenação de SB não conhecia bem a realidade do DS, com pouca integração entre a coordenação central, a coordenação do distrito e as gerências das unidades (A16). Além disso, cada área técnica da Coordenadoria de Atenção e Promoção da Saúde planejava suas ações soberanamente, sem analisar a situação de saúde da população (A16, p. 324).

Portanto, os principais problemas identificados foram a falta de diálogo entre coordenações e a acumulação de poder pela coordenação de SB, dificultando a implementação da PNSB em Salvador (A16, p. 327). De Maneira similar, a Coordenação Administrativa, distante das discussões coletivas, também prejudicou a política de saúde bucal (A16). Consequentemente, o isolamento físico das equipes de SB dentro das unidades de saúde refletiu o distanciamento no planejamento e organização do trabalho, afetando a oferta e o acesso aos serviços. Além disso, problemas de integração dificultaram a coordenação do cuidado na relação com os CEOs (A17).

Por outro lado, a estrutura da ESF incentiva os profissionais de saúde bucal a atuar de forma mais integrada, buscando a integralidade da atenção (A17). A participação em grupos, reuniões de equipe e espaços informais para diálogo são potencialidades para a integração, sugerindo características de uma equipe integrada (A17). No entanto, a integração da saúde bucal na ESF é incipiente, limitada por conflitos de normas e pela organização do trabalho, sendo uma integração em construção (A17, p. 244-245).

Ademais, houve compartilhamento de saberes nas dúvidas clínicas e atendimento aos grupos prioritários, facilitado pela comunicação entre profissionais, como médicos e enfermeiros, destacando a importância da interconsulta e trabalho conjunto com agentes comunitários de saúde (A17). Portanto, a estrutura da ESF tem incentivado um olhar mais integral para o processo saúde-doença, apesar das dificuldades na organização da oferta dos serviços (A17).

Além disso, no registro e transferência de informações sobre os problemas de saúde dos usuários (tema 14.2), foi percebido que apenas uma pequena proporção das ESB organiza prontuários por núcleos familiares ou armazena a ficha clínica odontológica no prontuário da família, prevalecendo mais entre municípios com melhores condições socioeconômicas e maior população (A15, p. 153). Dessa forma, a falta de entendimento dos profissionais sobre a importância dos registros formais dificulta o planejamento e a avaliação da implantação da PNSB no município (A16).

Adicionalmente, as unidades básicas tradicionais enfrentam estrutura muito restrita e precária, muitas vezes sem computadores, o que dificulta o registro de procedimentos (A16).

Por fim, a ideologia preventivista tem influenciado há décadas a odontologia, especialmente no tratamento de doenças bucais como a cárie, com abordagens que se perpetuam indefinidamente, afetando o novo modelo de atenção em saúde bucal e seus indicadores de monitoramento (A6). No contexto da integralidade, a maioria das Equipes de Saúde Bucal (ESB) realiza procedimentos preventivos e exodontias sem diferenciação socioeconômica, enquanto procedimentos de maior resolutividade, como restaurações de dentes permanentes, são mais frequentes em municípios com condições socioeconômicas melhores (A15).

A falta de uma cultura consolidada de registros sistemáticos, como prontuários organizados por núcleos familiares, compromete não apenas o planejamento das ações de saúde, mas também a continuidade do cuidado e a avaliação das intervenções, aspectos fundamentais para a efetividade das políticas públicas. Além disso, a deficiência na comunicação entre os profissionais das equipes de saúde bucal e as outras áreas da saúde, tanto na Atenção Básica quanto nos níveis secundários e terciários, prejudica a integralidade do cuidado. Portanto, o fluxo de informações e o registro de dados sobre os problemas de saúde dos usuários são fundamentais para a coordenação do cuidado. No entanto, ainda

apresentam falhas, especialmente em municípios com infraestrutura deficiente (A15).

Portanto, a superação desses desafios exige um investimento contínuo em educação permanente, modernização das unidades de saúde e o fortalecimento das estratégias de comunicação entre os diferentes níveis de atenção, para que a ESF e os CEOs possam operar de forma mais integrada e eficiente.

Dessa forma, para que o SUS alcance seus objetivos de universalidade, integralidade e equidade, é imperativo que se fortaleça a articulação entre os diversos níveis de atenção, com especial enfoque na melhoria da comunicação e dos registros. A integração efetiva entre os profissionais e a utilização adequada dos registros de saúde são elementos essenciais para assegurar a qualidade e a continuidade do cuidado, garantindo que a população receba um atendimento integral e resolutivo.

Portanto, assistência integral está fortemente relacionada ao trabalho multidisciplinar de forma que todos os profissionais envolvidos sejam capazes de atender às diversas demandas dos usuários. No entanto, percebe-se que não acontece, ou seja, nem sempre tem a participação de todas as categorias profissionais da maneira que deveria acontecer muitas vezes demonstrada nas lacunas da assistência aos usuários; prevalecendo uma cultura biológica, baseada na realização de consultas e prescrições, direcionadas a doenças e agravos mais prevalentes.

5.5 ORIENTAÇÃO FAMILIAR NA SAÚDE BUCAL

O atributo orientação familiar na saúde bucal apresenta dificuldades principalmente em relação a mudanças de hábitos em saúde bucal. A unidade familiar é vista como o núcleo onde se determinam comportamentos e relações. É importante conhecer o território e a dinâmica social e familiar para desenvolver ações eficazes em grupos de risco e prevenção de doenças. Os resultados sobre este atributo são apresentados no Quadro 11, a seguir.

Quadro 11 – Síntese do Atributo Orientação Familiar identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024)

Atributo 5: ORIENTAÇÃO FAMILIAR		
15.	APOIO DA EQUIPE DE SAÚDE À FAMÍLIA	
15.1.	Compreensão da Equipe de saúde quanto ao papel da família no processo de saúde	a) Informação e educação em saúde capacitam o usuário a gerir seu próprio destino; b) Para os profissionais de saúde bucal, a capacidade do usuário gerir seu próprio destino é fundamental para alcançar uma sociedade mais justa.
15.2.	Compreensão das necessidades familiares	a) Educar e promover mudanças de hábitos em saúde bucal é difícil para os Agentes Comunitários de Saúde devido à resistência da população, que ainda valoriza mais os medicamentos do que a prevenção; b) A unidade familiar é essencial para o PSF, sendo vista como o núcleo onde se determinam comportamentos e relações, e deve considerar fatores demográficos, organizacionais e ambientais; c) O PSF é um modelo de atenção básica que foca a unidade familiar, integrando ações preventivas e promocionais, considerando o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade; d) A PNAB enfatiza a importância de conhecer o território e a dinâmica social e familiar para ações eficazes em grupos de risco e prevenção de doenças; e) A integralidade na saúde busca atender necessidades biopsicossociais e culturais, com equipes resolvendo ou encaminhando 85% das demandas de saúde; f) A organização do trabalho para orientação familiar enfrenta dificuldades, com baixa adoção de prontuários familiares e protocolos de visitas domiciliares; g) Esforços têm sido feitos para integrar a saúde bucal nos serviços de saúde, promovendo a revisão das práticas assistenciais e abordando a família e a defesa da vida.
15.3.	Construção de redes de apoio familiar	a) No PSF, a educação e capacitação em saúde são fundamentais para todos os profissionais da equipe de saúde bucal; b) É fundamental que não só os dentistas, mas toda a equipe de saúde da família e as famílias participem para adotar novos padrões de conhecimento e cultura.
16.	EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A FAMÍLIA	
16.1.	Promoção de ações educativas dirigidas às famílias	a) Os ACS atuam como ponte entre os serviços de saúde e a comunidade, promovendo ações básicas e educativas para fortalecer os sistemas de saúde locais; b) Eles incentivam a adoção de estilos de vida mais saudáveis através da disseminação de informações e ações preventivas que visam mudar comportamentos; c) É essencial que os profissionais de saúde forneçam orientação adequada sobre a importância da higiene bucal com base nas informações recebidas; d) Palestras e atividades sobre higiene bucal são essenciais para fornecer informações corretas e promover práticas de prevenção entre os pacientes; e) Cirurgiões-Dentistas (CDs) reconhecem o valor das ações educativas, como palestras e escovação supervisionada, na promoção da saúde bucal, conforme as normas estabelecidas; f) Técnicos de Saúde Bucal têm um papel importante na reorganização das práticas de saúde bucal, contribuindo para ações educativas e atendimento individual; g) O PSF visa melhorar a atenção básica ao focar na integralidade do cuidado à família, alinhando-se com objetivos institucionais e sociais; h) A reorganização do cuidado em saúde bucal busca integrar a abordagem familiar e comunitária, embora ainda se concentre principalmente na detecção de problemas dentários; i) A integração entre os conhecimentos e práticas dos profissionais de odontologia promove um cuidado mais coeso e eficaz, evitando abordagens isoladas; j) A eficácia das ações clínicas depende do bom funcionamento dos equipamentos odontológicos; quando estes falham, as equipes priorizam ações preventivas e promocionais; k) As equipes de saúde oferecem orientações sobre cuidados dentários e encaminham pacientes para especialistas, utilizando a educação em saúde para concluir tratamentos e fortalecer o vínculo com os pacientes.

Atributo 5: ORIENTAÇÃO FAMILIAR		
17.	ENGAJAMENTO DA FAMÍLIA NO CUIDADO	
17.1.	Compreensão da família quanto ao seu papel no processo de saúde	a) Envolver diferentes pessoas na busca por melhorias na saúde fortalece a comunidade e ajuda os indivíduos a tomar decisões saudáveis; b) A participação dos usuários na criação e gestão do plano terapêutico torna as práticas de saúde mais eficazes e sustentáveis; c) Empoderamento é sobre acesso e desenvolvimento pessoal; é uma forma de obter controle sobre decisões de saúde e promover igualdade de poder.
17.2.	Promoção do ambiente domiciliar como cenário para o cuidado	a) A visita domiciliar (VD) é importante para que os profissionais conheçam a realidade da população e estabeleçam vínculos, sendo fundamental para a integralidade e humanização das ações de saúde; b) Embora a VD aproxime os profissionais das necessidades e da vida social e familiar dos indivíduos, ela é desafiadora devido ao desgaste físico e ao impacto psicológico, especialmente ao enfrentar situações adversas como pobreza e violência; c) A VD deve ser ajustada às características da comunidade e aos recursos disponíveis, levando em conta os diferentes níveis de incapacidade das pessoas assistidas.

Fonte: Resultados da pesquisa (2024).

Nesta revisão de literatura, quanto o atributo orientação familiar, o apoio da equipe de saúde da família (subcategoria 15), compreensão da equipe de saúde quanto ao papel da família no processo de saúde (tema 15.1), verificou-se que a capacitação do usuário, o acesso à informação e a socialização do conhecimento em educação em saúde são essenciais para que ele possa gerir seu próprio destino, deixando de ser apenas um receptor passivo de serviços. Além disso, para os profissionais de saúde bucal, essas capacitações são fundamentais para alcançar uma democracia social mais justa e para sentir que sua missão está cumprida (A1).

Por outro lado, quanto à compreensão das necessidades (tema 15.2) foi observado que educar e promover mudanças de hábitos em saúde bucal não é fácil de acordo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que frequentemente enfrentam resistência da população, ainda agarrados à ideia de que medicamentos são a solução, enquanto a prevenção é essencial (A1). Nesse contexto, a unidade familiar é vista como a parte biológica e social onde se determinam comportamentos e relações, sendo essencial para o PSF considerar tanto a composição demográfica quanto as variáveis organizacionais e ambientais da família (A2).

Segundo Starfield (2002), a orientação familiar está relacionada aos fatores associados à causa da doença que ajudam a compreender o contexto de vida do usuário e da família. Dessa forma, conhecer os determinantes sociais e ambientais são fundamentais para compreender as interferências na saúde familiar.

Já Nebot Adell, Rosales Echevarria e Borrell Bentz (2009) definem a orientação familiar como a centralidade do cuidado em saúde a partir do conhecimento do profissional de saúde e familiares acerca dos problemas de saúde, ou seja, a família é o sujeito da atenção.

Neste sentido, o PSF é um modelo de atenção básica que opera com ações preventivas e promocionais das equipes de saúde da família, e tem como foco a unidade familiar, considerando o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade (A2). Ademais, a Política Nacional de Atenção Básica destaca a importância do conhecimento do território, da população e das dinâmicas familiar e social, para ações focadas em grupos de risco e fatores comportamentais, alimentares e ambientais, visando prevenir doenças e danos evitáveis (A3).

A integralidade na saúde considera um conceito amplo, abrangendo as necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas, com a capacidade das equipes de saúde em resolver ou referir necessidades de saúde em 85% das situações

(A13). Portanto, o objetivo é direcionar a atuação dos profissionais para atividades clínico-assistenciais que suprem o ambiente familiar e social (A14).

No entanto, há dificuldades na organização do trabalho para a orientação familiar, com baixas respostas positivas para a adoção de prontuários familiares e protocolos para visitas domiciliares (A15). Ainda assim, esforços têm sido feitos para integrar a saúde bucal nos serviços de saúde por meio do compartilhamento de saberes e práticas focadas na promoção e vigilância em saúde, revisando práticas assistenciais de abordagem direcionada à família (A20).

Em relação à construção de redes de apoio familiar (tema 15.3), verificou-se que, na esfera do PSF, a educação e capacitação em saúde são práticas essenciais para todos os profissionais da ESB. Dessa forma, é fundamental que não apenas os profissionais de odontologia, mas toda a equipe de saúde da família e as famílias participem para a assimilação de novos padrões cognitivos e culturais (A2).

Quanto à educação em saúde para a família (subcategoria 16), promoção de ações educativas dirigidas às famílias (tema 16.1), foi constatado que os agentes comunitários de saúde atuam como intermediários entre os serviços de saúde e a comunidade, promovendo ações básicas e educativas para fortalecer os sistemas locais de saúde (A1). Por conseguinte, as ações preventivas visam modificar comportamentos para estilos de vida mais saudáveis, e os ACS incentivam essa mudança por meio da disseminação de informações (A1). E, portanto, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos às informações recebidas para orientar adequadamente os pacientes sobre a importância dos cuidados em saúde (A1).

O estudo de Castilho *et al.* (2013) observa tendências semelhantes ao mencionar a importância do profissional de saúde ouvir a família para obter informações sobre os hábitos de saúde bucal da família.

Além disso, palestras e atividades sobre higiene bucal são fundamentais para fornecer informações corretas e promover práticas de prevenção entre os pacientes (A1).

Os Cirurgiões-Dentistas (CDs) reconhecem a importância de ações educativas, como palestras e escovação supervisionada, na promoção da saúde bucal, conforme as normas estabelecidas (A4). Adicionalmente, o técnico de saúde bucal desempenha um papel fundamental na reorganização das práticas de saúde bucal, contribuindo tanto para ações educativas quanto individuais (A4). O PSF visa

transformar a atenção básica ao focar na integralidade do cuidado à família, alinhando-se aos objetivos institucionais e sociais (Pinheiro, 2001; Gomes; Pinheiro, 2005 *apud* Pires; Botazzo, 2015) (A6).

Ademais, a reorganização do cuidado em saúde bucal busca integrar a abordagem familiar e comunitária, embora ainda se concentre principalmente na detecção de problemas dentários (A6). Nesse sentido, a integração dos saberes e práticas entre os profissionais de odontologia promove um cuidado mais coeso e eficaz, evitando abordagens isoladas (Cavalcante Filho, 2009 *apud* Galvêas *et al.*, 2016) (A7). No entanto, a eficácia das ações clínicas depende do funcionamento adequado dos equipamentos odontológicos; se estes não estiverem funcionando, as equipes priorizam ações preventivas e promocionais, limitando o planejamento e a avaliação (A16).

As equipes de saúde fornecem orientações sobre cuidados dentários e realizam encaminhamentos para especialistas, sendo que a educação em saúde é fundamental para a conclusão dos tratamentos e o fortalecimento do vínculo com os pacientes (A17, p. 238; A20, p.7).

Quanto ao engajamento da família no cuidado (subcategoria 17), compreensão da família quanto ao seu papel no processo de saúde (tema 17.1), foi verificado que, ao envolver diversos sujeitos com diferentes realidades na busca por melhorias na vida e na saúde, fortalece-se o tecido social, permitindo que os indivíduos façam escolhas que promovem sua saúde (A1).

Dessa maneira, participação dos usuários na elaboração e gestão do plano terapêutico melhora as práticas de saúde ao compartilhar a responsabilidade pelos cuidados, garantindo um plano viável e sustentável em longo prazo (Peduzzi; Agreli, 2018; Silva *et al.*, 2015 *apud* Oliveira *et al.*, 2022) (A20).

Para Sem (1999 *apud* Koyashiki; Alves-Souza; Garanhani, 2008), “empowerment” está relacionado ao acesso à participação e ao desenvolvimento individual. Já para Laverack e Labonte (2001 *apud* Koyashiki; Alves-Souza; Garanhani, 2008), é visto como uma estratégia para ganhar controle sobre decisões em saúde e promover mudanças em prol da igualdade de poder, especialmente em relação a recursos e autoridade (A1, p. 1349).

No que se refere à promoção do ambiente domiciliar como cenário para o cuidado (tema 17.2), foi verificado, de acordo com Giacomozzi e Lacerda (2006 *apud* Santos; Hugo, 2018), que a visita domiciliar (VD) é uma ferramenta importante para

que os profissionais conheçam a realidade da população e estabeleçam vínculos com ela. Essa prática é fundamental, pois contribui para a integralidade e humanização dos cuidados em saúde, pois aproximam os profissionais das necessidades de saúde, demandas da vida social e familiar dos usuários. Porém, a VD é desafiadora, não apenas pelo desgaste físico, mas também pela repercussão no psicológico do profissional, que por vezes envolve angústia e frustração ao lidar com realidades adversas, por exemplo, a pobreza e a violência (A14).

A visita domiciliar deve levar em consideração as características da comunidade atendida e os recursos disponíveis, dando importância aos diferentes graus de incapacidade dos indivíduos assistidos (A14).

Em suma, a compreensão da atribuição da família no processo de saúde reforça a necessidade de empoderar as pessoas com o conhecimento e a participação ativa, permitindo-lhes conduzir seu próprio cuidado de maneira mais autônoma e informado. Porém, a dificuldade em educar e promover mudanças de hábitos em saúde oral reflete as dificuldades enfrentadas pelos agentes comunitários de saúde diante de pessoas ainda resistentes à prevenção. Portanto, o Programa Saúde da Família deve reconhecer e integrar a diversidade das unidades familiares, levando em consideração as características demográficas e ambientais para oportunizar uma abordagem mais direcionada e eficaz.

As ações educativas são importantes para as famílias para a promoção de práticas saudáveis e para a formação de um vínculo entre profissionais e comunidade. Além disso, a importância da participação familiar no processo de saúde e a promoção do ambiente domiciliar como cenário para o cuidado ressalta a necessidade de um engajamento mais participativo dos usuários, bem como a adaptação das práticas de saúde às realidades e necessidades específicas das famílias. Assim, a integração de saberes e práticas, aliada à educação e ao empoderamento familiar, é essencial para avançar na promoção de uma saúde mais equitativa.

5.6 ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA SAÚDE BUCAL

O atributo orientação comunitária na saúde bucal visa melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde da comunidade. Esse atributo leva em consideração a realidade local e os recursos disponíveis, e a partir disso, é possível

identificar os fatores e famílias em risco para promover ações de saúde bucal direcionadas às comunidades para garantir o acesso aos cuidados. Os resultados sobre este atributo são apresentados no Quadro 12, a seguir.

Quadro 12 – Síntese do Atributo Orientação Comunitária identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024)

Atributo 6: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
18.	INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE	
18.1.	<p>Conhecimento da Equipe de Saúde quanto às necessidades de saúde da população adscrita.</p>	<p>a) O processo de trabalho em saúde bucal envolve mais do que a assistência odontológica individual; exige a criação de redes institucionais para garantir a integralidade e centramento nas necessidades dos usuários; b) O ACS conecta os serviços de saúde com a comunidade através de ações básicas e educativas, fortalecendo os sistemas locais de saúde; c) As ESBs devem adaptar suas ações às realidades locais e recursos disponíveis, identificando e atendendo comunidades e famílias em risco para melhorar a saúde bucal e o acesso aos cuidados; d) O PSF visa consolidar a atenção básica e o sistema de saúde por meio de ações que garantem integralidade no cuidado e melhoram a qualidade de vida e condições de saúde da comunidade; e) A ESB deve oferecer assistência integral e contínua, identificando riscos e promovendo o autocuidado através de processos educativos, alinhando-se aos princípios de promoção e prevenção do PSF; f) A programação e planejamento das ações devem se basear no diagnóstico das condições de saúde da população para priorizar grupos necessitados e alocar recursos de forma eficiente; g) Os CDs destacam a necessidade de evolução na organização dos serviços e veem a prevenção e promoção da saúde bucal como responsabilidade dos TSBs sob supervisão; h) A odontologia coletiva enfrenta desafios relacionados à sua invisibilidade e falta de reconhecimento nos consultórios individuais; ampliar a prática coletiva pode melhorar a aproximação dos serviços às necessidades sociais; i) Um modelo de saúde bucal deve integrar a abordagem clínica e epidemiológica com a singularidade das histórias dos indivíduos e grupos, promovendo um cuidado humanizado.</p>
19.	CAPACITAÇÃO COMUNITÁRIA	
19.1.	<p>Promoção da saúde na comunidade</p>	<p>a) A saúde bucal deve priorizar a prevenção para evitar doenças futuras, como o câncer bucal; b) O conceito de empoderamento é essencial na promoção da saúde, tem sido substituído por termos como capacitação comunitária e capital social, que não destacam o poder como determinante da saúde; c) O empoderamento deve permitir que indivíduos e comunidades compreendam e controlem os fatores determinantes de sua saúde, com ambientes favoráveis e acesso à informação sendo essenciais para a capacitação; d) A transformação no cuidado deve advir da educação gerada pela informação, que estimula o interesse e a ação motivada; e) Para orientar a comunidade de forma eficaz, é fundamental ter um conhecimento aprofundado para fornecer orientações concretas e ajudar adequadamente; f) A integração das ESBs com as ESFs nas UBSs promove ações coletivas e intersetoriais, com uma abordagem multiprofissional; g) O PSF é um modelo de atenção básica focado em ações preventivas e promocionais, comprometido com a integralidade da assistência e o contexto socioeconômico e cultural das famílias; h) Dentistas nas UBSs do Distrito Sanitário Norte não valorizam atividades intersetoriais e a realidade epidemiológica da saúde bucal, não seguindo totalmente as orientações do Ministério da Saúde; i) A prática de saúde bucal ainda é predominantemente baseada em modelos biomédicos e tecnologias específicas, com foco em ações preventivas para a doença cárie e promoção da saúde; j) O impacto social dos profissionais de saúde bucal é fundamental para melhorar a qualidade da atenção primária e otimizar a estruturação da equipe de saúde bucal, atendendo às demandas da saúde coletiva; k) Trabalhar além do aspecto biológico com a população promove o desenvolvimento de conhecimentos e comportamentos favoráveis ao cuidado em saúde, através do empoderamento e estratégias de controle das condições de vida; l) A Educação em Saúde, essencial no modelo de atenção da PNAB, é pouco utilizada por profissionais sem formação em Saúde da Família, que não incorporam atividades educativas em suas agendas; m) Cirurgiões-Dentistas enfrentam dificuldades na realização de atividades coletivas de educação em saúde; n) Um serviço de saúde é considerado provedor de APS quando oferece acesso inicial, continuidade, integralidade e coordenação da atenção, além de atributos como orientação familiar e competência cultural; o) A coordenação das ações de prevenção em saúde bucal, quando realizada sem diálogo com as coordenações distritais, demonstra falta de articulação com os coordenadores de distrito; p) A integração da equipe de saúde é facilitada pela colaboração entre profissionais, e a ESB mostrou capacidade de coordenar ações coletivas, apesar de uma sistematização limitada; q) Informações educativas e exames periódicos no ambiente de trabalho são importantes para monitorar a saúde e integrar cuidados de saúde com atividades ocupacionais; r) Profissionais da Atenção Básica devem realizar atividades de educação em saúde e participar de educação permanente para orientar a população sobre problemas e fatores de risco relacionados à saúde bucal.</p>

Atributo 6: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA		
19.2.	Conscientização da comunidade sobre questões de saúde pública	a) Acesso a informações e opções saudáveis são essenciais para o empoderamento em saúde; b) Cursos e palestras são essenciais para fornecer suporte eficaz baseado no conhecimento; c) Educação e informação são chave para motivar ações efetivas e mudanças fundamentadas em valores; d) Descentralização, transparência e participação popular são importantes para melhorar a saúde; e) A integração da Odontologia ao PSF deve respeitar princípios de participação popular e integralidade; f) Humanização do atendimento requer valorização dos profissionais e gestão ética; g) Coletivos na saúde bucal podem criar uma nova identidade coletiva e profissional; h) A PNSB visa transformar a saúde bucal com práticas coletivas e integralidade; i) Novos enfoques e práticas podem transformar a saúde bucal e beneficiar pacientes e profissionais; j) A saúde deve ser abordada por coletivos que integram diversos saberes e práticas; k) Melhorias nos processos de trabalho fortalece a vigilância e a formação crítica; l) Participação popular e controle social são fundamentais, mas desafiadores no SUS; m) Indicadores subjetivos ajudam a considerar dimensões sociais na saúde bucal; n) A integração das diretrizes do SUS com a educação reforça a importância da integralidade.
20.	PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES LOCAIS	
20.1.	Envolvimento da comunidade em programas de prevenção e tratamento	a) Apenas poucos dentistas focam a importância de aspectos como o acompanhamento, avaliação das atividades, participação e controle social, indicando a necessidade de melhor planejamento no PSF; b) O PSF promove descentralização, organização local e controle social; c) A saúde bucal no PSF deve seguir os princípios do SUS, com participação popular desenvolvendo grupos educativos e teatro nas escolas, reforçando o conceito de saúde como qualidade de vida adotada pelo PSF; d) A articulação comunitária foca as escolas, com pouca interação com outras instituições; e) Poucas ESBs discutem cidadania e o SUS com a comunidade; f) As ESBs estão integradas com grupos educativos, mas pouco envolvidas com outras instituições; g) Dentistas devem criar parcerias comunitárias e envolver a população no planejamento; h) A educação em saúde promove autonomia e cuidado integral; i) Ações intersetoriais são recomendadas para ampliar o cuidado em saúde; j) Ações educativas focam a prevenção para reduzir demandas clínicas.

Fonte: Resultados da pesquisa (2024).

Em relação ao atributo orientação comunitária, a intervenção na comunidade (subcategoria 18), conhecimento da equipe de saúde sobre as necessidades da população adscrita (tema 18.1) demonstram que o processo de trabalho em saúde bucal transcende a assistência odontológica individual.

Nesse sentido, as Equipes de Saúde Bucal (ESBs) devem se adaptar à realidade local e aos recursos disponíveis, identificando fatores e famílias em risco e promovendo ações de saúde bucal diretamente nas comunidades para melhorar a saúde e assegurar o acesso aos cuidados (A2). Nesse contexto, o PSF tende a fortalecer a atenção básica e o sistema de saúde promovendo ações que garantem a integralidade do cuidado, melhorando, assim, a qualidade de vida e as condições de saúde da comunidade (SMS, 2006 *apud* Rocha; Araújo, 2009) (A2).

De acordo com Starfield (2002), a orientação comunitária é definida como o reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade no contexto social e o quanto o profissional se envolve nos problemas da comunidade. A contemplação desse atributo se faz importante para assegurar a diminuição das iniquidades na sociedade.

Sendo assim, espera-se que a ESB ofereça assistência integral e contínua, identificando as necessidades e promovendo processos educativos para o autocuidado dos indivíduos e comunidade, por meio da promoção e prevenção de saúde (A2, p. 515).

Para tanto, a programação e o planejamento das ações devem basear-se no diagnóstico das condições de saúde da população para priorizar os grupos mais necessitados e alocar recursos de forma eficiente, utilizando práticas eficazes (Mota; Carvalho, 1999; Souza; Roncalli, 2007 *apud* Pimentel *et al.*, 2012) (A3, p. 5152).

Além disso, os Cirurgiões-Dentistas (CDs) reconhecem a necessidade de evolução na organização dos serviços para atender melhor às demandas da população, considerando a prevenção e a promoção da saúde bucal como peças fundamentais, devendo ser desempenhadas na comunidade, principalmente pelos Técnicos de Saúde Bucal (TSBs) sob supervisão do cirurgião-dentista (A4).

Contudo, apesar dos avanços, a odontologia coletiva ainda enfrenta desafios relacionados à falta de ampliação dos serviços; por isso, é necessário fortalecer a prática coletiva que pode aproximar os serviços das necessidades sociais e fortalecer o direito à saúde (A5). Um modelo eficaz de saúde bucal deve integrar a abordagem clínica e epidemiológica com a singularidade das histórias dos indivíduos

e grupos, promovendo um comprometimento humanizado (Campos, 2013) (A5, p. 295).

Nesse sentido, o Agente Comunitário de Saúde é peça fundamental entre os serviços de saúde e a comunidade, pois podem contribuir nas ações básicas e educativas permitindo consolidar ações educativas na comunidade (A1, p. 1344).

No que tange à capacidade comunitária (subcategoria 19) e à promoção da saúde na comunidade (tema 19.1), foi verificado que a saúde bucal deve focar a prevenção de modo a evitar doenças futuras, como o câncer bucal (A1). Ademais, a implementação do empoderamento, conceito central na promoção da saúde, tem sido substituída por termos como capacitação comunitária e capital social.

De acordo com Buss (2000 *apud* Koyashiki; Alves-Souza; Garanhani, 2008), destaca-se que indivíduos e comunidades devem ter a oportunidade de entender e controlar os fatores determinantes de sua saúde, com ambientes favoráveis, acesso à informação e opções para escolhas saudáveis (A1). Assim, a transformação no cuidado deve vir da educação gerada pela informação, que desperta interesse e leva à ação motivada (A1).

É fundamental possuir um conhecimento aprofundado que permite fornecer orientações a comunidade (A1, p. 1351). Nesse sentido, a integração das Equipes de Saúde Bucal com as Equipes de Saúde da Família nas UBS é favorável à condução das atividades, principalmente nas ações coletivas com uma abordagem multiprofissional (A2). O Programa Saúde da Família é um modelo que tem como foco ações de prevenção e promoção de saúde, ou seja, é comprometido com a integralidade da assistência, com o contexto socioeconômico e cultural das famílias (A2).

Contudo, os dentistas nas UBS do Distrito Sanitário Norte parecem não reconhecer as atividades intersetoriais e a realidade epidemiológica da saúde bucal, não seguindo adequadamente as orientações do Ministério da Saúde em relação às funções dos profissionais de saúde bucal no PSF (A2). Adicionalmente, a prática de saúde bucal ainda é intensamente baseada em modelos biomédicos, resultando em ações preventivas direcionadas à doença cárie e à promoção da saúde (A6). A repercussão social dos profissionais de saúde bucal é importante para a qualidade da atenção primária e também para a estruturação eficiente da equipe de saúde bucal, potencializando o trabalho do Cirurgião-Dentista e atendendo às necessidades da saúde coletiva (A7).

Trabalhar questões para além do aspecto biológico com a população oportuniza o desenvolvimento de conhecimentos e comportamentos que favorecem o cuidado em saúde, por meio do empoderamento e estratégias para controle das condições de saúde (A14). No entanto, a Educação em Saúde, essencial no modelo de atenção preconizado pela PNAB, é pouco utilizada pelos profissionais sem formação em Saúde da Família, que frequentemente não incorporam atividades educativas em suas agendas (A14, p. 4326). Estudos apontam que os Cirurgiões-Dentistas enfrentam dificuldades na realização de atividades coletivas de educação em saúde (A14, p. 4326).

O serviço de saúde é considerado provedor da APS quando oferece acesso, continuidade, integralidade e coordenação da atenção, além de atributos derivados como orientação familiar e competência cultural (A15). Entretanto, a coordenação das ações de prevenção em saúde bucal, quando realizada sem diálogo com as coordenações distritais, demonstra uma falta de articulação com os coordenadores de distrito (A16). A integração da equipe de saúde é facilitada pela colaboração entre os profissionais, e a Equipe de Saúde Bucal (ESB), demonstrando a capacidade de coordenar ações coletivas, apesar de uma sistematização limitada (A17). Informações educativas e exames periódicos no ambiente de trabalho são importantes para monitorar a saúde e integrar cuidados de saúde com atividades ocupacionais (A18). Por conseguinte, os profissionais da Atenção Básica devem realizar atividades de educação em saúde e participar de educação permanente para orientar a população sobre problemas e fatores de risco relacionados à saúde bucal (A20).

No que se refere à conscientização da comunidade sobre questões de saúde pública (tema 19.2) foi verificado que os indivíduos e comunidades devem ter acesso a informações e oportunidades para controlar os fatores determinantes de sua saúde, com ambientes favoráveis e opções de escolhas saudáveis como elementos-chave para o “empowerment” (A1, p. 1349). O acesso a cursos e palestras é essencial para fornecer orientações concretas à comunidade, permitindo que se ofereça um suporte mais eficaz com base no conhecimento (A1, p. 1351). A transformação no cuidado deve ser impulsionada pela educação e informação, que geram interesse e motivação para ações efetivas. Além disso, a liberdade e mudança resultam de intenções fundamentadas em valores (A1).

Temas como descentralização, transparência e participação popular são instrumentos importantes para democratizar o acesso aos programas sociais e melhorar a saúde (A2). A Odontologia, portanto, deve ser integrada ao PSF como uma estratégia para consolidar o SUS, respeitando princípios como participação popular e integralidade para melhorar o acesso e qualidade dos serviços de saúde bucal (A3). Para humanizar o atendimento, é fundamental valorizar os profissionais de saúde, investir na satisfação no trabalho, e promover uma gestão que ofereça autonomia e uma abordagem ética e participativa (A5).

A formação de coletivos na saúde bucal, voltados para a saúde coletiva, pode impulsionar um movimento transformador, criando uma nova identidade coletiva e profissional (A5). A Política Nacional de Saúde Bucal visa transformar a abordagem do cuidado, superando o modelo tradicional e promovendo práticas coletivas que atendem à integralidade do paciente (A6). Embora ações coletivas, como a fluoretação das águas, tenham sido positivas, novos enfoques sobre a saúde bucal e a experiência do paciente podem promover uma transformação nas práticas e abrir novas possibilidades para profissionais e pacientes (A6).

Portanto, a saúde deve ser abordada por um coletivo organizado, que valoriza diferentes saberes e práticas, para garantir um cuidado centrado no paciente (A7). A discussão e aprimoramento dos processos de trabalho em saúde bucal podem fortalecer a vigilância e a formação crítica na área, contribuindo para melhorias no sistema (A10). Além disso, a participação popular e o controle social são fundamentais para a melhoria da saúde bucal no SUS, embora sua implementação ainda seja desafiadora (A17). A utilização de indicadores subjetivos nas pesquisas de saúde bucal permite uma abordagem mais ampla, considerando dimensões sociais e melhorando o planejamento e acesso aos serviços (A18). Por fim, a aproximação das diretrizes do SUS com a educação aumenta a relevância social e reforça a importância do conhecimento técnico dentro do conceito de integralidade (A19).

Em relação às parcerias com organizações locais (subcategoria 20), envolvimento da comunidade em programas de prevenção e tratamento (tema 20.1), foi verificado que apenas 1,72% dos dentistas mencionaram a importância de aspectos como o acompanhamento e avaliação das atividades, participação e controle social, e formação de grupos de risco, indicando a necessidade de melhor planejamento e redirecionamento de ações para atender às diretrizes do PSF (A2).

O PSF, seguindo a descentralização, busca organizar sistemas locais de saúde através da aproximação dos serviços com a realidade local, fortalecendo o controle social e a participação popular (A2). Segundo o Ministério da Saúde, as ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família devem refletir os princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, e ser organizadas de forma descentralizada e participativa (A2).

No entanto, a articulação com a comunidade precisa avançar; embora haja participação em grupos educativos, a integração com instituições comunitárias é limitada, focando principalmente as escolas (A3, p. 5155). Crevelim e Peduzzi (2005 *apud* Pimentel *et al.*, 2012) destacam atividades como grupos educativos e teatro nas escolas, reforçando o conceito de saúde como qualidade de vida adotada pelo PSF (A3). Não houve diferenças significativas nas variáveis estudadas entre municípios de diferentes portes, mas se observou maior integração das equipes dos municípios maiores com instituições comunitárias como igrejas e creches (A3). A articulação das equipes com a comunidade inclui reuniões para discutir cidadania, assistência e funcionamento do SUS, embora apenas 24% das ESB se reúnam regularmente com a população, 46,2% participem de conselhos de saúde e 19,3% incluam representantes de movimentos sociais no planejamento das ações (A3). A identificação de instituições comunitárias e o levantamento epidemiológico são realizados por menos da metade das equipes (A3). Dessa forma, a organização do serviço depende do envolvimento da equipe com a comunidade, informando e orientando sobre o ingresso no sistema (A3).

Observou-se uma integração razoável das ESB com a comunidade nos grupos educativos, mas a articulação com outras instituições ainda é limitada (A3). A maioria das equipes não participa das reuniões do Conselho de Saúde, não debate com a comunidade sobre cidadania e funcionamento do SUS, e não inclui representantes da comunidade no planejamento das ESB (A3).

Para Martins (2012), a orientação comunitária apresentou baixo escore para APS, no entanto, os municípios abaixo de 10.000 habitantes e acima de 50.000 obtiveram alto escore para este atributo. Isto leva a inferir que o porte populacional é favorável; e está associado à realização de visita domiciliar pelas ESB.

A integralidade no cuidado envolve perceber o usuário como um sujeito histórico, social e político, conectado ao seu contexto familiar e social, promovendo sua autonomia e emancipação (A6, p. 277).

Segundo Aerts (2004 *apud* Pimentel *et al.*, 2012) sugerem maior envolvimento dos cirurgiões-dentistas com a comunidade através de parcerias, criação de hortas, associações com grupos comunitários, e ações intersetoriais (A3).

Portanto, recomenda-se identificar dispositivos sociais na comunidade para promover ações com um olhar ampliado sobre o processo saúde-doença e a integralidade do cuidado (A17).

Por fim, as ações de educação em saúde devem ser realizadas nas UBS ou em ações intersetoriais, visando desenvolver uma saúde bucal preventiva (A20). Tais ações podem ser conduzidas na comunidade pelos ASB e ACS, supervisionados pelo cirurgião-dentista, com uma carga horária destinada a atividades de planejamento, capacitação e ações coletivas (Melo *et al.*, 2018; Santos, 2006; Scherer *et al.*, 2018 *apud* Oliveira *et al.*, 2022) (A20).

A criação de coletivos e a valorização dos profissionais de saúde, junto com a participação da comunidade, são fundamentais para transformar o cuidado em saúde, promovendo uma abordagem integral e humanizada.

A produção de saúde deve ser assumida coletivamente pelos profissionais, gestores e usuários. O planejamento para a deliberação de ações eficientes depende também da participação da sociedade na organização das ações de cuidado em saúde através do fortalecimento do planejamento como ferramenta importante na produção do processo de trabalho em saúde.

É essencial que as equipes de saúde fortaleçam as parcerias com a comunidade local, assegurando a participação popular de forma que participem do planejamento das ações de saúde. Portanto, a promoção de ações de saúde deve ser de interesse de todos os envolvidos, principalmente no que diz respeito às diretrizes do SUS e a junção com diferentes setores sociais. Somente assim interligados será possível a construção de um SUS que atende de forma justa e equitativa à população. Por conseguinte, o compromisso com um cuidado mais integral e participativo possibilita um melhor acesso e mais qualidade aos serviços de saúde oferecidos à população.

5.7 COMPETÊNCIA CULTURAL NA SAÚDE BUCAL

O atributo Competência Cultural acontece quando as ações dos profissionais de saúde reconhecem e respeitam a identidade cultural da pessoa, de forma que

atendam às necessidades e expectativas do paciente. Para isto, é necessário que o profissional desenvolva uma sensibilidade cultural com capacidade para refletir como a sua própria cultura pode interferir na sua prática profissional. Os resultados sobre este atributo são apresentados no Quadro 13, a seguir.

Quadro 13 – Síntese do Atributo Competência Cultural identificado nos artigos científicos relacionados à saúde bucal, selecionados no período entre 2008 e 2022 (Juiz de Fora/MG, 2024)

Atributo 7: COMPETÊNCIA CULTURAL		
21.	DIVERSIDADE CULTURAL	
21.1.	Identificação de Crenças e valores culturais	a) A integralidade na Atenção à Saúde Bucal deve considerar a boca como um espaço cultural e psíquico, além de funcional; b) Cirurgiões-dentistas frequentemente veem o consultório como seu principal espaço de atuação, onde exercem seu saber e poder; c) Entrevistas semiestruturadas fornecem dados detalhados sobre crenças e motivações em contextos sociais específicos; d) As heranças culturais e sociais moldam a comunicação e as relações cotidianas, influenciando interações e conhecimentos recíprocos.
22.	RECONHECIMENTO CULTURA	
22.1.	Identificação de Características específicas (étnicas, raciais e culturais)	a) O trabalho em territórios foca a colaboração entre sujeitos, considerando aspectos culturais e sociais; b) Relacionamento com a equipe e conscientização das famílias são essenciais para mudanças culturais.
22.2.	Identificação de Necessidades específicas de grupos populacionais	a) Profissionais de saúde bucal integram conhecimentos científicos e populares, aproximando-se das pessoas e promovendo mudanças de atitudes; b) O autocuidado e o autoexame são essenciais na prevenção, com o profissional atuando como educador sensível às necessidades culturais dos usuários; c) Políticas de saúde bucal ampliaram o acesso e melhoraram a saúde, como evidenciado pelos avanços do SB Brasil 2010; d) A PNSB evoluiu, incorporando novos arranjos e conhecimentos para aprimorar a prática pública da saúde bucal; e) A formação dos profissionais deve ser abrangente, indo além do técnico, para incluir cultura e relações.
23.	ADAPTABILIDADE CULTURA	
23.1.	Reconhecimento e Promoção de Práticas de saúde populares e tradicionais	a) Práticas de higiene bucal refletem hábitos culturais e familiares, dificultando medidas preventivas; b) Conceitos de saúde são influenciados por valores culturais, exigindo diálogo e entendimento para soluções conjuntas; c) Distanciamento entre equipe e comunidade revela a separação entre saber técnico e popular; d) A construção do self é relacional, exigindo reflexão sobre práticas de trabalho e compromisso com transformações sociais.

Fonte: Resultados da pesquisa (2024).

Quanto ao atributo competência cultural, diversidade cultural (subcategoria 21), identificação de crenças e valores culturais (tema 21.1), foi verificado, nesta revisão de literatura, que a integralidade na Atenção à Saúde Bucal será alcançada se, na prática e formação, a boca for vista não apenas como uma máquina de mastigar, mas também como um espaço cultural e psíquico, refletindo desejos e subjetividades (A1, p.1348).

A competência cultural é definida de acordo com Campinha-Bacote (2002) como a capacidade do profissional de saúde em trabalhar dentro do contexto cultural do indivíduo, família ou comunidade de forma efetiva, sendo necessário existir estímulo cultural para desenvolver a consciência cultural.

Além disso, segundo Fleuri (2002 *apud* Galvêas *et al.*, 2016), observa-se que as pessoas trazem heranças culturais, sociais, familiares e individuais que influenciam sua comunicação e relações cotidianas, transformando novos contextos e procedimentos de interação e conhecimento mútuo (A7, p.280).

Nesse sentido os estudos mostraram que nas entrevistas semiestruturadas ocorre a coleta de dados, que muitas vezes fornecem informações sobre crenças, atitudes, valores e motivações em contextos sociais específicos (A4).

O estudo de Gouveia, Silva e Pessoa (2019) corrobora no sentido de enfatizar a comunicação como componente essencial para o desenvolvimento da competência cultural. Em seu estudo, é mencionado o método clínico centrado na pessoa (MCCP) como importante instrumento que ajuda na terapêutica intercultural, mas não é por si só suficiente para alcançar em totalidade a competência cultural. A competência cultural tem como prioridade essencial grupos segregados.

Ainda de acordo com Gouveia, Silva e Pessoa (2019), a contemplação da competência cultural acontece quando as ações dos profissionais de saúde reconhecem e respeitam a identidade cultural da pessoa, de forma que atenda às necessidades e expectativas do paciente. Para isto, é necessário que o profissional desenvolva uma sensibilidade cultural com capacidade para refletir como a sua própria cultura pode interferir na sua prática profissional.

Adicionalmente, o profissional precisa conhecer a realidade do contexto do paciente, o dentista não pode simplesmente orientar sobre higiene oral, se para aquele paciente não for culturalmente um hábito de higiene, escovar os dentes, ou

seja, é muito mais que apenas uma orientação de cuidados orais. É necessário saber articular com sensibilidade para contribuir no cuidado em saúde.

Em relação a reconhecimento cultural (subcategoria 22), identificação de características específicas (étnicas, raciais e culturais) (tema 22.1), foi observado que o trabalho em territórios busca o entendimento entre diferentes sujeitos, isso permite a expressão dos traços cotidianos e ações conjuntas para a solução dos problemas, considerando as dimensões individual, cultural e social, e não apenas o espaço físico (A1, p. 1350).

Portanto, percebe-se o quanto é importante o relacionamento dos profissionais da equipe de saúde da família e a conscientização das famílias para que novos padrões cognitivos e culturais sejam assimilados (A2, p. 501). No entanto, alguns cirurgiões-dentistas (CD) veem o consultório como seu principal espaço de atuação, onde seu saber e poder predominam (A4, p. 381).

De forma complementar à identificação de necessidades específicas de grupos populacionais (tema 22.2), foi verificada, na execução de suas rotinas, que os profissionais de saúde bucal utilizam tanto conhecimentos médico-científicos quanto saberes populares, tecendo um conjunto de conhecimentos que permeiam seu cotidiano. Essa incorporação de saberes possibilita a aproximação das pessoas, através do compartilhamento dos conhecimentos simplificados, trazendo reflexões sobre comportamentos inadequados e proporcionando mudanças de atitudes (A1).

Além disso, entrevistados realçaram a importância do autocuidado e do autoexame na prevenção de doenças orais, e reconheceram a atribuição do profissional como articulador entre a informação para a saúde e o acesso ao controle, manutenção e prevenção de doenças. Com esse intuito, é importante que o profissional se veja como educador receptível às necessidades subjetivas e culturais dos indivíduos, aderindo a uma comunicação dialógica que incentiva a autonomia em saúde (A1).

Consequentemente, o objetivo das políticas de saúde bucal era aumentar o acesso e melhorar as condições de saúde bucal da população, o que levou a um aumento dos incentivos e reorientação das ações. O SB Brasil 2010 mostrou avanços significativos, como maior acesso a tratamentos de qualidade, redução de extrações dentárias e diminuição do índice CPOD em todas as faixas etárias (A4, p. 374).

Por outro lado, a problematização da PNSB revela a incorporação de novos arranjos, conhecimentos e saberes ao longo do tempo, desde a metade do século XX até os dias atuais, refletindo uma organização tecnológica para a prática pública da saúde bucal (A6, p. 277).

Dessa forma, o uso do conhecimento sobre doenças deve ser prudente e guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos. Portanto, a formação dos profissionais deve ir além do técnico, compreendendo cultura, sistema e relações (A19, p. 1818).

Quanto à adaptabilidade cultural (subcategoria 23), reconhecimento e promoção de práticas de saúde populares e tradicionais (tema 23.1), foi observado, nesta revisão, que as práticas de higiene bucal entre os pacientes, como o uso de próteses, muitas vezes refletem hábitos culturais e familiares profundamente enraizados, dificultando a implementação de medidas preventivas (A1).

De acordo com Abreu *et al.* (2005 *apud* Koyashiki; Alves-Souza; Garanhani, 2008), os conceitos de saúde e doença são influenciados por valores culturais, e que esses conceitos são parte de redes de significados socioculturalmente construídas. O trabalho em territórios deve considerar essas dimensões individuais, culturais e sociais, buscando entendimento entre diferentes sujeitos para permitir a expressão dos traços cotidianos e ações conjuntas na solução de problemas (A1).

Contudo, há um distanciamento entre equipe e comunidade, evidenciado pela ausência da população nas discussões sobre necessidades de saúde e no planejamento das ações, demonstrando a separação entre saber técnico e saber popular (A3).

Segundo Zizek (2011 *apud* Gomes; Ramos, 2015), a construção do self ocorre em relação à comunidade quando se é singular dentro das identidades comunitárias. Isso exige uma reflexão individual e coletiva sobre as práticas de trabalho em saúde (A5).

O estudo de Veperino, Gomes e Leite (2017) avalia os atributos da APS quanto aos serviços odontológicos em uma unidade de saúde com residência multiprofissional em saúde da família. Nesse estudo, foi aplicado o questionário PCATool-Brasil, versão usuários, dirigido à saúde bucal. O resultado apresentou altos índices de satisfação em relação à competência cultural. Este estudo apresentou alto índice quanto à satisfação em relação aos serviços, desde as recomendações à continuidade do tratamento, bem como a integração do cuidado

global do paciente. No entanto, essa realidade não ocorre de forma generalizada no país, pois o estudo se limita a uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, que abriga a residência em Saúde da Família, no município no estado de Minas Gerais.

A pesquisa de Martins (2012) apresentou escore médio para a competência cultural em 38,5% das ESB e em 9,9% das ESB, foi observada fraca orientação a este atributo. Nesse trabalho, destaca-se que os municípios com 10.000 habitantes e acima de 50.000 habitantes apresentaram alto escore nesse atributo. Os estudos apresentados devem ser vistos com cautela, uma vez que estes não podem ser generalizados. Entretanto, podem refletir a realidade local.

Dessa forma, a análise da competência cultural na Atenção à Saúde Bucal revela a importância de considerar o paciente como um ser humano completo, com suas próprias histórias, culturas e valores. A prática odontológica deve ir além das técnicas convencionais, incorporando as experiências culturais que cada indivíduo traz.

Os estudos revisados destacam que a formação de profissionais de saúde deve incluir o desenvolvimento de uma sensibilidade cultural, pois esta sensibilidade é fundamental para compreender, respeitar as crenças e hábitos dos pacientes. Quando a atuação dos dentistas se torna uma facilitação do cuidado que reconhece essas particularidades, a relação de confiança se fortalece, resultando em um atendimento mais significativo.

Ademais, é essencial que os profissionais de saúde se aproximem das comunidades e se mantenham atentos às necessidades das pessoas. Este diálogo permite que as práticas de saúde sejam adaptadas às realidades locais, promovendo um cuidado que aborda não apenas os problemas de saúde, mas também o contexto cultural e social de cada paciente.

Portanto, a competência cultural na saúde bucal proporciona um sistema de saúde mais equânime, de forma que a população tenha acesso aos cuidados de saúde com respeito às suas crenças e valores. Portanto, é necessária uma abordagem a qual o ser humano é considerado em sua totalidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por escopo analisar a produção científica sobre os serviços de saúde bucal no Brasil, relacionando-os aos atributos da APS. Nas produções, houve uma maior prevalência do atributo “Atenção de Primeiro Contato” e do atributo “Coordenação do Cuidado”, seguidos na ordem: “Integralidade, Orientação Comunitária, Longitudinalidade, Orientação Familiar e Competência Cultural” – sendo este último o menos abordado nos artigos selecionados. Os atributos da APS mencionados na literatura ainda são pouco correlacionados aos serviços de saúde bucal, evidenciando fragilidades na análise desses atributos na assistência odontológica, principalmente no que se refere aos atributos derivados.

A efetividade do atributo “Atenção de Primeiro Contato” nos serviços de saúde bucal ainda é um desafio central para a consolidação de uma assistência odontológica eficaz. A organização da demanda permanece como um dos principais desafios nos serviços de saúde bucal, apesar dos avanços em algumas áreas, impulsionados por programas como o PMAQ-AB e pelas iniciativas para a ampliação dos serviços de saúde bucal no SUS. No entanto, ainda persistem desafios como longas listas de espera, barreiras de localização das residências, horários de atendimento, grande quantidade de atendimentos de urgência e, conseqüentemente, uma grande demanda reprimida.

Em relação à efetividade do atributo “Integralidade”, este foi considerado fundamental para garantir um cuidado mais equânime e resolutivo. Alguns estudos dessa revisão mostraram uma odontologia pouco direcionada à produção de saúde, decorrente dos modelos de formação biologicista dos profissionais. Muitos profissionais não desenvolvem ações para além do curativismo, ainda que a PNSB inclua ações de promoção e prevenção.

Nessa revisão, mostrou-se predominante o tecnicismo e o curativismo na prática odontológica. Os serviços de saúde bucal se mostraram limitados no que se refere à integralidade, mesmo com o aumento dos serviços especializados, como os CEOs. Embora tenha havido avanços na saúde bucal, ainda prevalece um modelo centrado na doença, sendo incipiente a incorporação da promoção, proteção e recuperação da saúde bucal na população.

No que tange ao atributo “Longitudinalidade” no cuidado em saúde bucal, este se mostrou prejudicado, especialmente pela falta de agendamento de retorno,

dificuldades na continuidade e conclusão dos tratamentos odontológicos. Os estudos revisados indicaram que os cirurgiões-dentistas relataram não conhecer as famílias de seus pacientes, o que evidencia deficiências na construção de vínculo com os mesmos. Além disso, foi destacada a ausência de registros sistemáticos, como prontuários organizados por famílias, o que compromete não só o planejamento das ações de saúde, mas também a continuidade do cuidado e a avaliação das intervenções – aspectos fundamentais para a efetividade das políticas públicas.

Em relação ao atributo “Coordenação da Atenção” na saúde bucal, ainda há municípios sem serviços especializados de referência, principalmente nos mais carentes e com menor população. A coordenação da atenção ainda é desafiadora e apresenta deficiência na comunicação entre os profissionais das equipes de saúde bucal e as outras áreas da saúde – tanto na atenção primária quanto nos níveis secundários e terciários. A ausência de uma comunicação eficaz prejudica a coordenação do cuidado e, conseqüentemente, impede a formação de uma rede de referência e de um planejamento adequado para o cuidado em saúde bucal, seja por motivos de gestão ineficiente, insuficiências estruturais regionais, tecnológicas, de recursos humanos e/ou financeiros.

A efetividade dos serviços de saúde, no que se refere à “Orientação Familiar”, apresenta dificuldades, principalmente em relação a mudanças de hábitos em saúde bucal. É importante conhecer o território e a dinâmica social e familiar para desenvolver ações eficazes em grupos de risco e prevenção de doenças. Para promover a orientação familiar, deve-se considerar o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade.

Ademais, a territorialização exerce um impacto significativo no entendimento dos determinantes sociais do território, sendo um fator preditivo para uma oferta de assistência à saúde mais efetiva. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde bucal conheçam as condições de vida da população local.

Dessa maneira, o atributo “Orientação Comunitária” na saúde bucal é peça fundamental para melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde da comunidade. Esse atributo leva em consideração a realidade local e os recursos disponíveis e, a partir disso, é possível identificar os fatores e famílias em risco, promovendo ações de saúde bucal direcionadas às comunidades para garantir o acesso aos cuidados. A educação em saúde, por meio de palestras e atividades educativas em escolas, associações e grupos operativos, é uma oportunidade ímpar

para promover esse atributo na comunidade. No entanto, na odontologia, ainda são incipientes os profissionais aptos a realizar essas ações na comunidade.

No que se refere à “Competência Cultural”, quando presente na saúde bucal, possibilita uma assistência mais equânime, onde a população tem acesso aos cuidados de saúde com respeito às suas crenças e valores. Essa competência revela a importância de considerar o paciente como um todo, levando em conta suas histórias, crenças e cultura. No entanto, esse atributo se mostra, por vezes, limitado, pois alguns cirurgiões-dentistas que enxergam o consultório como seu principal espaço de atuação, onde seu saber e poder predominam.

Ao analisar a relação entre os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e os serviços odontológicos, o estudo identificou lacunas na assistência odontológica. Os atributos essenciais e derivados da APS ainda não são plenamente contemplados, muitas vezes ocorrendo de forma parcial ou em diferentes graus de escore, conforme observado nesta revisão de literatura.

Os estudos mostraram que as Equipes de Saúde Bucal que se relacionam com a Estratégia de Saúde da Família são as que mais seguem os atributos essenciais, embora ainda apresentem baixos percentuais na realização de ações relacionadas aos atributos da APS. Por isso, a inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família é fundamental para ampliar ações preventivas e de promoção de saúde, garantindo que as equipes de saúde bucal atuem de forma mais efetiva.

Portanto, ao propor uma compreensão mais profunda a partir desta revisão, é possível identificar as barreiras e oportunidades, de modo que este estudo contribua para o aprimoramento da assistência odontológica, não apenas em Ibiraci, mas também em outros municípios que enfrentam desafios semelhantes.

A realização desta revisão pode contribuir para a superação das barreiras enfrentadas pelo serviço de saúde bucal. Além disso, a revisão abordou questões relacionadas ao desempenho dos profissionais de saúde, frequentemente comprometido por fatores como desmotivação e falta de preparo adequado. Algumas soluções seriam a criação de estratégias locais para facilitar o acesso ao atendimento, como horários flexíveis e mutirões de triagem para reduzir as listas de espera; o fortalecimento de ações de promoção e prevenção nas comunidades. Mas para isso, é necessário que os profissionais participem ativamente de capacitações

em serviço e de programas de educação permanente, além de se beneficiar de um plano de carreira estruturado com salários justos.

Este trabalho pretendeu possibilitar uma discussão fundamentada a partir dos atributos, evidenciando a necessidade de implementar a Política Nacional de Saúde Bucal no município, além de levantar questões reflexivas que podem ser aplicadas em outras localidades. Isso se deve ao fato de que a implementação da PNSB oferece uma melhor organização dos serviços, desde que suas diretrizes estejam alinhadas aos atributos essenciais e derivados.

Dessa forma, estudos futuros que investiguem a contemplação dos atributos se fazem importantes para verificar se são realmente resolutivos quando considerados nas políticas de saúde bucal, proporcionando uma assistência odontológica mais eficaz. A consolidação de uma rede integrada, capacitações constantes e uma política efetiva, como a PNSB, são fundamentais para garantir um cuidado mais equânime, contínuo e resolutivo, atendendo de forma eficaz às reais necessidades dos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 126-132, jan./mar. 2010.
- BALDANI, M. H.; RIBEIRO, A. E.; GONÇALVES, J. R. da S.; DITTERICH, R. G. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe 1, p. 145–162, set. 2018.
- BARBOSA, M. L.; SALVADOR, P. T. C. de O.; COGO, A. L. P.; FERREIRA JUNIOR, M. A.; COSTA, G. M. C.; SANTOS, V. E. P. Equipe de saúde penitenciária: a realidade do processo de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p. 4397-4405, 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a.
- BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.
- BRASIL. **Lei nº 14.572**, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília, 8 maio 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Aumenta número de crianças no Brasil sem cárie nos dentes**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/aumenta-numero-de-criancas-no-brasil-sem-carie-nos-dentes>. Acesso em: 21 set. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf. Acesso em: 25 set. 2024.
- 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, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 751**, de 15 de junho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal- Sesb. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 960**, de 17 de junho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Pagamento por Desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde - APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestado nos municípios por meio do programa Saúde da Família. Brasília; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto "SB Brasil 2020"**: levantamento epidemiológico de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2020**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-bucal/sb-brasil>. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Nacional de Saúde Bucal**: diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SBBrazil 2003**: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde**: tratamento em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: PCATool-Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL, P. R. D. C.; SANTOS, A. M. D. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. 4, e280414, 2018.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. *In*: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (ed.). **Concept Development in Nursing**, 2nd ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co., 1993. p. 231–250.

BULGARELI, J.; CORTELLAZZI, K. L.; AMBROSANO, G. M. B.; MENEGHIM, M. de C.; FARIA, E. T. de; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 383-391, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.20102012.

CAMPINHA-BACOTE, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 13, n. 3, p. 181–184, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhada: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In*: **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A. B. M.; BORGES, P. K. de O.; BALDANI, M. H. Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 140-157, 2014. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S011>.

CASTILHO, A. R. F. de; MIALHE, F. L.; BARBOSA, T. de S.; PUPPIN-RONTANI, R. M. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 116-123, mar. 2013.

CHAVES, S. C. L.; BARROS, S. G. de; CRUZ, D. N.; FIGUEIREDO, A. C. L. C.; MOURA, B. L. A.; CANGUSSU, M. C. T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1.005-1.013, 2010.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). **Nota de Posicionamento da EPSJV sobre o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica**. [2016]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/nota-de-posicionamento-da-epsjv-sobre-o-vii-forum-nacional-de-gestao-da-atencao-basica>. Acesso em: 14 jul.2023.

ESPOSTI, C. D. D.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS NETO, E. T. dos; ZANDONADE, E. O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 372-385, abr. 2012.

FAGUNDES, D. M.; THOMAZ, E. B. A. F.; QUEIROZ, R. C. de S.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; VISSOCI, J. R. N.; CALVO, M. C. M.; FACCHINI, L. A. Da Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. e00049817, 2018.

FERREIRA, P. B.; COHRS, C. R.; DE DOMENICO, E. B. L. Software CMAP TOOLS® para a construção de mapas conceituais: a avaliação dos estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 967-972, ago. 2012.

FLÓRIO, F. M.; LOURENÇO, M. B.; OLIVEIRA, A. M. G.; ZANIN, L. Work process of an oral health team according to the dentists. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, n. 4, p. 344-351, out. 2017.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, mar.2014. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100018&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em: 09 set. 2023.

GALVÊAS, E. A.; OLIVEIRA, A. E.; ESPOSTI, C. D. D.; SANTOS NETO, E. T. dos S.; Singularidades no processo de trabalho entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões-dentistas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 273-292, jan. 2016.

GIOVANELLA, L.; COSTA, L. de V.; CARVALHO A. I. de; CONILL, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados em sistemas universais? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 24, p. 5-6, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. de C. A.; ROSA, M. C. de; MARTINS, G. B.; SANTOS, I. S.; SILVA, D. B.; VIEIRA, J. M. de L.; CASTRO, V. C. G. de; SILVA, P. O. da; MACHADO, C. V. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, jun. 2018.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 285–297, jan. 2015.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. DE O.; PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.43, n. 1, p. 82-90, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ibiraci. **Cidades e Estados**. [2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/ibiraci.html>. Acesso: 20 abr. 2024.

KOYASHIKI, G. A. K.; ALVES-SOUZA, R. A.; GARANHANI, M. L. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1343–1354, jul. 2008.

LIMA, A. M. C.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; ARAGÃO, E. R. V. F.; LIMA, B. M. C.; CANUTO, O. M. C.; MOIMAZ, S. A. S. Inserção do técnico em saúde bucal no sistema único de saúde: a instabilidade dos vínculos de trabalho e a desvalorização profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 139–154, nov. 2016.

MARTINS, P. **Análise do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na microrregião de Sobral e sua relação com os atributos da atenção primária à saúde**. 2012. 183 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, Sobral, 2012.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. de; OLIVEIRA, J. R. de; ANDRADE, G. C. L. de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe 1, p. 38-51, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, out. 2008.

MOREIRA, R da S, NICO, L. S.; TOMITA, N. E.; RUIZ T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-75, 2005.

MOROSINI M. V. G. C.; FONSECA A. F; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601

MOTA, E.; CARVALHO, D. Sistemas de Informação em Saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 505-21.

NARVAI, P. C. Fluoretação da água no Brasil: contextos, fundamentos e subsídios para a sua defesa. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 22, n. 2, p. 119-125, 2007.

NEBOT ADELL, C.; ROSALES ECHEVARRIA, C.; BORRELL BENTZ, R. M. C. Desarrollo de competencias em atención primaria de salud. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 26, n. 2, p. 176-83, 2009.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. do A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809–1820, maio 2019.

NOVAK, J. D.; CAÑAS, A. J. A teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 05, n. 01, p. 09-29, jun. 2010. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-43092010000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01set. 2024

OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727–733, ago. 2006.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. esp., p. 158-64, 2013.

OLIVEIRA, M. T. P. de; FARIAS, M. R. de; VASCONCELOS, M. I. O.; BRANDÃO, I. R. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 1, p. e320106, 2022.

OLIVEIRA, R. S. de; MORAIS, H. M. M. de. Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da política nacional de saúde bucal. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 119–137, nov. 2016.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2008.

PAIM J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Bol. Inst. Saúde**, v. 12, n. 2, p. 1-8, 2010.

PALMA, P. V.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. Associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e a capacidade para o trabalho de técnicos administrativos em educação: um estudo transversal. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 100–107, jan. 2019.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. **Dicionário Eletrônico de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html#:~:text=O%20conceito%20%27processo%20de%20trabalho,consumo%20de%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 29 jul.2023.

PEREIRA, C. R.; PATRÍCIO, A. A. R.; ARAÚJO, F. A. da C.; LUCENA, E. E. de S.; LIMA, K. C. de; RONCALLI, A. G. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, maio 2009.

PERELMAN, C. **Ética e direito**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2095–2104, jul. 2013.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C. de; MARTELLI, P. J. de L.; SOUZA, W. V. de; ACIOLI, R. M. L. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. s146–s157, 2012.

PINHEIRO, R. **Integralidade em saúde**. [Internet]. [2024?]. Disponível em: [miolodicionario.pmd \(fiocruz.br\)](https://miolodicionario.pmd(fiocruz.br)). Acesso em: 20 out. 2023.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1903-1913, 2018.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 273–284, jan. 2015.

PIVATTO, V. M.; SILVEIRA, D. S. da. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nos serviços de saúde bucal de Florianópolis, SC. **APS em Revista**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 122–130, 2022. DOI: 10.14295/aps.v4i2.243. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/243>. Acesso em: 28 set. 2024.

- ROCHA, E. C. A. da; ARAÚJO, M. A. D. de. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 481–517, mar. 2009.
- ROCHA, R. A. C P.; GÓES, P. S. A. 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, p. 2871-80, 2008.
- RODRIGUES, A. Á. A. de O.; BOMFIM, L. S. Saúde bucal no Programa Saúde da Família em município do semiárido baiano (Feira de Santana): organização e micropolítica. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 96-108, jan./mar. 2010.
- RODRIGUES, A. Á. A. de O.; SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 907-915, 2010.
- ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe 3, p. 188–201, set. 2017.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v–vi, abr. 2007.
- SANCHEZ, H. F; BRAGA, S. C. Melhoria do acesso à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: Uma revisão de literatura. **Rev. APS**, v. 17, n.3, p.397- 402, jul./set. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>
- SANCHES, H. F.; WERNECK, M. A. F.; AMARAL, J. H. L.; FERREIRA, E. F. e. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: Revisão de literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 201-214, jan.2015.
- SANTOS, L. P. de S.; LIMA, A. M. F. de S.; CHAVES, S. C. L.; VILELA, D. M. O. C.; VALENTE, A. P. P. C. Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1575–1587, maio 2023.
- SANTOS, N. M. L.; HUGO, F. N. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4319-4329, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.12922016>
- SANTOS NETO, E. T. S.; OLIVEIRA, A. E.; ZANDONADE, E.; LEAL, M. C. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 3057-3068, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100022>.
- SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. dos A.; CHAVES, S. C. L.; MENEZES, E. L. C. de. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe 2, p. 233–246, out. 2018.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

SHIMAZAKI, M. E. A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador**. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 10-16

SOARES, C. L. M.; FREITAS, M. S. de. Trabalho e poder na Secretaria Municipal de Saúde: implantação da Política de Saúde Bucal em um município - 2007/2008. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe 2, p. 317–330, out. 2018.

SOARES, F. F.; FREIRE, M. do C. M.; REIS, S. C. G. B. O processo de trabalho da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBRASIL 2010) na perspectiva dos coordenadores do inquérito. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 176–188, jan./mar. 2017.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** (São Paulo), v. 8, n. 1, pt 1, p. 102-106, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. **Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology**. Oxford University Press, 2012.

TERRERI, A. L. M.; BALTAZAR, M. M. de M.; BERTI, M.; PORTINHO, D.; LIMA, D. P. Atuação dos cirurgiões-dentistas na capacitação e desenvolvimento de ações de saúde bucal pelo agente comunitário. **Archives of Health Investigation**, v. 7, n. 8, p. 305-311, ago. 2018.

TOMASI, E.; FACCHINI L. A.; THUMÉ E.; XAVIER, R. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 11, p. 4404-13, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190–S198, 2004.

VEPERINO, R. G.; GOMES, P. M.; LEITE, I. C. G. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde, quanto aos serviços odontológicos, de uma unidade de saúde que abriga residência multiprofissional emsaúde da família, no município de Juiz de Fora – Minas Gerais. **Revista APS**, v. 20, n. 4, p. 545-552, 2017. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15916>.

VIEGAS, A. P., CARMO, R. F., LUZ, Z. M. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1565–1577, set. 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 5217-26, 2009.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

APÊNDICE

Quadro - Caracterização dos artigos selecionados, conforme a autoria, ano de publicação, títulos, objetivos, método/desenho e principais resultados e conclusões

Nº	Autores	Ano	Títulos	Objetivos	Métodos/ desenho	Principais resultados / conclusões
(A1)	KOYASHIKI, G. A. K.; ALVES-SOUZA, R. A.; GARANHANI, M. L.	2008	O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família	Compreender o trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em Unidades de Saúde da Família (USF), no ano de 2005.	Estudo de abordagem qualitativa. Os envolvidos no estudo foram: 9 ACS, de duas USF da rede de prestação de serviços.	Ausência de processos formadores voltados à qualificação profissional em saúde bucal. A formação recebida pelos ACS tem sido o espelhamento da formação que outros membros da ESF receberam. Reconhece a importância dos ACS na transformação social.
(A2)	ROCHA, E. C. A. DA.; ARAÚJO, M. A. D. DE.	2009	Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN.	Descrever e analisar as condições de trabalho dos dentistas nas equipes de saúde bucal (ESBs) do Programa Saúde da Família (PSF), no Distrito Sanitário Norte em Natal, RN, para compreender como vem sendo construída a inclusão das ESBs nessa nova proposta de atenção à saúde.	Pesquisa exploratória e descritiva. Foi realizada com todos os 58 dentistas lotados nas unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Norte de Natal/RN, caracterizando-se como uma pesquisa censitária.	Os principais problemas: falta de estrutura física adequada (20,69%), demanda reprimida de pacientes (17,24%), falta de material educativo (15,52%), falta de integração entre profissionais (13,78%) e dificuldade de compreensão do novo modelo de assistência e falta de manutenção de equipamentos (6,90%). A assistência integral à população é comprometida, indo contra as orientações do Ministério da Saúde sobre as atribuições dos profissionais de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF).
(A3)	PIMENTEL, F. C. <i>et al.</i>	2012	Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico.	Analisar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional, enfocando a articulação junto à comunidade e a organização do atendimento clínico	Pesquisa avaliativa caracterizada como estudo de corte transversal do tipo amostral, representativo para o Estado de Pernambuco.	24,0% das Equipes de Saúde Bucal (ESB) em Pernambuco têm reuniões periódicas com a comunidade para falar sobre cidadania, assistência, funcionamento do SUS e outros. 46,2% das equipes, tem pelo menos um membro que participa das reuniões com o Conselho de Saúde, em contrapartida 19,3% das equipes, representantes de movimentos sociais e usuários participam do planejamento do trabalho da equipe. A pesquisa não encontrou diferenças significativas em relação ao porte populacional, mas identificou maior a integração comunitária em municípios grandes, já a marcação por microárea e a demanda espontânea são mais frequentes em municípios médios e pequenos.

(A4)	ESPOSTI, C. D. D. <i>et al.</i>	2012	O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.	Analisar a compreensão dos CDs potenciais docentes para os cursos de formação de TSBs dos municípios da RMGV-ES sobre o processo de trabalho desses profissionais e sobre suas relações com os CDs e com a equipe de saúde.	Estudo de abordagem qualitativa. Foi desenvolvida na RMGV – ES, a qual é formada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória e abriga quase metade da população total do Espírito Santo (46%) e 57% da população urbana do Estado.	Os CDs precisam reconhecer a importância da participação dos (TSBs), na divisão de tarefas e na organização do trabalho. A centralização do conhecimento nos CDs deve ser sobrevida por uma abordagem mais colaborativa e de forma compartilhada. Entrevistados relatam que colegas ainda resistem ao trabalho dos TSBs, mencionam preconceito em relação à invasão de espaço do CD. Desinformação sobre a profissão de TSB por parte da equipe de saúde impede relações produtivas no campo da saúde bucal, evitando resultados mais eficazes.
(A5)	GOMES, D.; RAMOS, F. R. S..	2015	O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva.	Desvelar os problemas éticos na nova realidade de trabalho dos profissionais da odontologia, pós-reestruturação produtiva.	Pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, utilizou entrevista individual semiestruturada.	Existem muitos problemas éticos na área odontológica, incluindo: 1) o controle excessivo do trabalho profissional, que gera desconfiança em vez de respeito; 2) a realização de exames desnecessários sem o consentimento do paciente, resultando em conflitos éticos; 3) a sensação de desamparo devido à falta de proteção coletiva, que dá vantagem aos convênios em detrimento dos direitos dos profissionais e pacientes. Esses problemas estão relacionados à adoção da lógica de mercado até mesmo no serviço público. Apesar dessas questões, a odontologia privada ainda é vista como referência de boa prática e sucesso profissional, apesar da crise ética.
(A6)	PIRES, F. S.; BOTAZZO, C.	2015	Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal.	Discutir a organização tecnológica dos modelos de atenção à saúde bucal à luz da Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB.	O referencial teórico-metodológico para este estudo estruturou-se em um histórico das políticas de saúde bucal no Brasil. A abordagem das políticas de saúde procedeu-se sob teoria de M. Foucault na obra Arqueologia do Saber. Utilizou-se de revisão de documentos normativos do SUS e de publicações do período de 2000 a 2012.	O levantamento destaca a necessidade de redirecionar as práticas de saúde bucal, visto que na maioria dos municípios pesquisados, as ações das (ESB) na (ESF) estão em desacordo com as diretrizes dos documentos oficiais. O modelo tradicional de atendimento prevalece, indicando que os incentivos financeiros não é o suficientes para proporcionar as mudanças almejadas. Apesar da PNSB propor mudanças, ainda permanecem práticas de abordagens técnicas e biológicas, com foco na prevenção de doenças em substituição à promoção da saúde. A organização tecnológica na atenção bucal se mantém baseada em modelos biomédicos, em vez de abordagens mais abrangentes e integradas. A reorganização dessas práticas é fundamental para alcançar uma atenção à saúde bucal mais integral e centrada nos sujeitos.

(A7)	GALVÉAS, E. A. <i>et al.</i>	2016	Singularidades no processo de trabalho entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões-dentistas.	Compreender as singularidades existentes na relação de trabalho entre os TSBs e cirurgiões-dentistas, e os fatores que podem favorecer ou dificultar essa relação.	Estudo com abordagem qualitativa procurou retratar a perspectiva dos TSBs inseridos no SUS de quatro municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), no Espírito Santo.	A integração dos TSBs nas ESB é muito importante devido às condições epidemiológicas de saúde bucal no Brasil e à necessidade de organização da assistência odontológica. É importante que os TSBs assumam suas funções, dessa forma, os profissionais de nível superior assumiriam tarefas mais complexas possibilitando o aumentando a cobertura dos serviços odontológicos em um menor custo. Surgindo oportunidades de emprego tanto no setor público quanto no privado. Porém, as condições de trabalho e infraestrutura podem ser desafios para esses profissionais. A colaboração e as relações de trabalho são complexas para além das questões técnicas, mas também, interesses, poder e resistências entre os profissionais envolvidos.
(A8)	LIMA, A. M. C. <i>et al.</i>	2016	Inserção do técnico em saúde bucal no Sistema Único de Saúde: A instabilidade dos vínculos de trabalho e a desvalorização profissional.	Avaliar a inserção dos TSBs formados pela ESP-CE no SUS, identificando aqueles que apresentavam vínculo de trabalho com o serviço público; descrever as características desse vínculo; e buscar compreender, a partir da visão dos próprios TSBs, os aspectos que influenciam na inserção dessa categoria profissional no SUS.	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Foram incluídos neste estudo profissionais que concluíram o curso de TSB pela ESP-CE até o ano de 2013.	6,8% não tinham cadastro no CNES, 19,9% tinham seus cadastros em branco, restando 420 (73,3%) com todas as informações preenchidas. Dentre os 420, 67,9% apresentavam no campo CBO, a ocupação de ASB; e 20,7%, a de TSB. A grande maioria dos profissionais com dados cadastrais no CNES são trabalhadores no SUS (99,8%), no estado do Ceará (99,8%), em unidades de atenção primária à saúde (Unidades de Saúde da Família - USF ou Unidades Básicas de Saúde - UBS) (69,3%), na esfera administrativa municipal (89,0%) e com jornada semanal de trabalho de 40 horas (93,8%). O relato dos ex-alunos, para possibilitar a inserção como TSB no SUS, é necessário o interesse dos gestores em contratar TSBs, para assim, garantir vínculos de trabalho e valorizar a profissão, seja na remuneração quanto de reconhecimento.
(A9)	OLIVEIRA, R. S. de; MORAIS, H. M. de.	2016	Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: Limites da Política Nacional de Saúde Bucal	Investigar o fenômeno da precarização e suas manifestações na atenção à saúde bucal.	Estudo é descritivo e exploratório, com componentes próprios das abordagens quantitativa e qualitativa. O estudo de campo foi realizado nos 13 CEOs localizados nos municípios da Região Metropolitana da cidade do Recife.	8 dos 13 profissionais entrevistados relatam que seus contratos de trabalho eram temporários. Dois terços dos entrevistados disseram era entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.999,00 por vinte horas semanais. Nenhum dos dentistas confirmou a existência de um plano de carreira ou de salários. Os problemas abordados mostram uma série de fatores que afetam a qualidade dos cuidados ofertados, o que vai contra os princípios da Política Nacional de Saúde Bucal, que incluem o acesso universal, a gestão participativa, a ética, o acolhimento e a responsabilidade profissional.

(A10)	SOARES, F. F.; FREIRE, M. DO C. M.; REIS, S. C. G. B.	2017	O processo de trabalho da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBRASIL 2010) na perspectiva dos coordenadores do inquérito.	Identificar a percepção dos coordenadores do SBBRASIL 2010 sobre o processo de trabalho da pesquisa.	Estudo transversal com abordagem quantitativa, incluindo todos os indivíduos que atuaram como coordenadores do SBBRASIL 2010. A amostra totalizou 213 indivíduos. A coleta dos dados foi realizada em um período de três meses.	Os resultados mostraram que os profissionais que trabalharam como coordenadores nos diferentes níveis tiveram uma percepção positiva do processo de trabalho do SBBRASIL 2010. Porém, questões que envolviam o financiamento, por exemplo atrasos no repasse de recursos, mostram a necessidade de revisão da estratégia utilizada. Isso posto a proposição de dispositivos para superar essas dificuldades, objetivando ao aprimoramento de levantamentos de saúde bucal no futuro.
(A11)	ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L.	2017	Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local.	Analisar as práticas desenvolvidas pelos profissionais de CEO em dois municípios da Bahia.	Dois estudos de caso na Bahia. A produção dos dados foi realizada em 2011. Entrevistaram: gestores da Coordenação Estadual de Saúde Bucal, e estes indicaram dois municípios, a partir da análise dos relatórios das visitas realizadas pela área técnica, dos resultados da avaliação anual realizada pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS.	O estudo mostrou a importância e a influência da gestão e da capacidade técnica do gestor no processo de trabalho em SB nos CEO, o que conduziu a uma discussão acerca do papel exercido pela coordenação de SB nos municípios estudados.
(A12)	FLÓRIO, F. M. <i>et al.</i>	2017	Work process of an oral health team according to the dentists. Rotina de trabalho da equipe de saúde bucal sob a ótica do cirurgião dentista.	Investigar junto aos dentistas da rede pública de Campinas a adequação da rotina de trabalho em equipe com as atribuições legais e os limites de atuação profissional, dos Técnicos em Saúde Bucal (TSBs) e Auxiliares em Saúde Bucal (ASBs).	Estudo observacional, transversal e quantitativo. A população do estudo é do município de Campinas SP.	73,4% (n=47) dos participantes relataram ter Pós-Graduação, e 35 profissionais relatam ter especialização em cursos na área de Saúde Coletiva. CDs em maioria relatam que as ações do processo de trabalho estavam em desacordo com as atribuições da Lei 11.889/2008. A maioria das ações das ESB estão sendo delegadas de forma compatível com a legislação, no entanto, existem situações que superam as funções, principalmente aos assistentes, e subutilização de profissionais, em particular dos técnicos de saúde bucal.

(A13)	FAGUNDES, D. M. <i>et al.</i>	2018	Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB.	Descrever o processo de trabalho das ESB do Brasil, com base nos atributos essenciais da atenção primária à saúde, segundo regiões, tipo de equipe da atenção primária à saúde e características socioeconômicas dos municípios; e (2) verificar se os dados do processo de trabalho das ESB do ciclo I do PMAQ-AB foram capazes de aferir tais atributos.	Estudo ecológico, de abrangência nacional, com dados secundários, provenientes da avaliação externa das unidades básicas de saúde (UBS) do ciclo I do PMAQ-AB, desenvolvido pelo MS em parceria com várias instituições de ensino e pesquisa do país, de 2012 a 2013.	Os piores resultados foram encontrados: a)"referência para as cinco especialidades obrigatórias dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)" (7,6%) e b) "entrega e acompanhamento de próteses dentárias pelas ESB" (10,2%). As ESB ligadas à ESF apresentaram maior correspondência aos atributos essenciais da atenção primária à saúde, principalmente em relação à integralidade em municípios com maior desenvolvimento. Existe uma grande variação no processo de trabalho das ESB, e os atributos essenciais da APS estão apenas parcialmente incorporados na atenção básica.
(A14)	SANTOS, N. M. Lo dos, HUGO, F. N.	2018	Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.	Investigar a associação entre a formação profissional dos CD na área de SF e os indicadores de processo de trabalho que são desenvolvidos pelas ESB da AB, levando em consideração a organização da demanda programática e a realização de visitas domiciliares (VD)	Estudo observacional transversal realizado a partir dos dados do segundo ciclo do PMAQ-AB. Executado de forma multicêntrica e integrada, por diversas Instituições de Ensino e Pesquisa e com o acompanhamento direto do MS. Abrangeu 5.070 municípios brasileiros (91%), 30.424 EAB (90%) e 19.898 ESB (89%) em todas as regiões do Brasil.	Das 19.898 Equipes de Saúde Bucal que se inscreveram no 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 18.114 ESB absolutamente participaram da Avaliação Externa. É importante investir na capacitação dos profissionais de Saúde Bucal para o SUS, pois é necessário superar os efeitos de uma abordagem odontológica curativista de natureza individualista, que não considera as condições epidemiológicas, sociais, culturais e econômicas da população.
(A15)	BALDANI, M. H. <i>et al.</i>	2018	Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB.	Identificar, entre os padrões de qualidade do segundo ciclo do PMAQ-AB, as desigualdades na organização do processo de trabalho das ESB na ESF	Estudo transversal exploratório, utilizando dados secundários do segundo ciclo do PMAQ-AB (2013-2014) disponibilizados pelo MS. O universo da pesquisa foram as ESB da ESF que aderiram ao programa e que passaram pela etapa de avaliação externa no estado do Paraná. Apenas as ESB modalidade I e II foram incluídas na amostra final.	Foi evidenciado no estado do Paraná, as ESB que participaram do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Saúde Bucal (PMAQ-AB) apresentaram diferenças no desempenho no que diz respeito à organização do processo de trabalho. Ainda que estejam sujeitas às mesmas diretrizes e políticas de saúde estaduais, notou-se que as condições sociais, demográficas e econômicas dos municípios estiveram diretamente relacionadas com o desempenho das ESB, principalmente quando comparados os municípios pertencentes aos estratos de índice mais elevados e mais baixos.

(A16)	SOARES, C. L. M.; FREITAS, M. S. DE .	2018	Trabalho e poder na Secretaria Municipal de Saúde: implantação da Política de Saúde Bucal em um município.	Examinar as formas concretas de organização do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador, bem como a distribuição do poder setorial e suas implicações para a implantação da PNSB no município de Salvador, utilizando, para tanto, a tipologia do poder setorial proposta por Mário Testa (1992).	Estudo de caso exploratório, análise contemplado a tipologia de poder no setor saúde proposta por Mário Testa.	Foi identificado a falta de controle da coordenação do Distrito Sanitário em relação às ações dos Centros de Especialidades Odontológicas, mesmo quando estavam localizados dentro dos distritos sanitários. Constatou-se que várias áreas técnicas não se comunicavam, consequentemente prejudicando a otimização de recursos e a organização das ações. O estudo pontou problemas financeiros na Prefeitura de Salvador durante o período analisado no estudo. Destacou a necessidade de implementar a integralidade da atenção, considerando que a organização do trabalho e a distribuição do poder são empecilhos para uma política de saúde eficaz.
(A17)	SCHERER, C. I. et al..	2018	O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?	Analisar a integração da eSB e da equipe de Saúde da Família (eSF) no Distrito Federal.	Estudo multicêntrico nacional, com abordagem qualitativa, sobre a saúde bucal na ESF, sendo este um recorte dos achados no Distrito Federal (DF).	Os resultados mostram que a integração da Equipe de Saúde Bucal (eSB) no trabalho em equipe é diferente, constatando a presença de ações de integração e outras que indicam fragmentação. Os profissionais de saúde enfrentam dificuldades na organização de consultas odontológicas e no acolhimento da demanda espontânea. A promoção e participação da comunidade para o controle social mostra-se comum entre os profissionais de saúde da família, mas eles relatam a falta de materiais, equipamentos e apoio da gestão. O isolamento da eSB é evidente, principalmente entre os técnicos, que demonstram desconhecimento sobre o trabalho em equipe, revelando o próprio isolamento no contexto das equipes. O estudo mostra que, a integração entre a SB e a equipe de Saúde da Família ainda é um desafio, devido ao modelo biomédico.
(A18)	PALMA, P. V.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M..	2019	Associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e a capacidade para o trabalho de técnicos administrativos em educação: um estudo transversal.	Associar a capacidade para o trabalho com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de técnicos administrativos em educação de uma instituição de ensino superior de Minas Gerais	Estudo transversal, realizado por censo com abordagem da categoria dos técnicos administrativos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).	A maioria dos participantes apresentam idade acima de 45 anos, se declaram de cor branca e tem pós-graduação, tem uma alta autopercepção de saúde bucal e geral. O estado de saúde oral pode prejudicar as condições e circunstâncias do trabalho. Ou seja, tanto o ambiente de trabalho quanto a saúde bucal podem interferir na capacidade de trabalho, principalmente quando os trabalhadores são expostos a condições desfavoráveis.

(A19)	NEVES, M.; GIORDANI, J. M. DO A.; HUGO, F. N.	2019	Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal.	Avaliar associação entre aspectos contextuais sociodemográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros e características do processo de trabalho a realização de procedimentos odontológicos curativos pela ESB avaliados durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB.	Estudo transversal, de natureza exploratória, a coleta de dados foi realizada de forma multicêntrica, envolvendo 17.479 ESB da APS, correspondendo 91,7% do total das 12.403 ESB avaliadas no país. Utilizou a avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ-AB, informações do IBGE e o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) com base em seus princípios e diretrizes.	Apresentou diferenças importantes entre as macrorregiões do país, com o sul e sudeste registrando maior prevalência de procedimentos curativistas, enquanto o norte e nordeste apresentam as menores taxas. Observou-se que a modalidade da equipe de saúde bucal também interfere nos resultados, a presença de auxiliar em saúde bucal ou técnico de saúde bucal aumenta a ocorrência em 1,15%. Os resultados evidenciam desigualdades sociais como um determinante da saúde bucal. Portanto, existe a necessidade de investimentos na melhoria da gestão para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços da assistência odontológica.
(A20)	OLIVEIRA, M. T. P. DE. et al.	2022	Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho.	Identificar os principais desafios e potencialidades dos processos de trabalho em saúde bucal no âmbito da ESF.	Pesquisa qualitativa realizada com os profissionais da ESB e a coordenação de saúde bucal do município de Coreaú, CE, Brasil.	O problema principal é a dificuldade na marcação de consultas devido à longa fila de espera, consequentemente, acarreta em uma alta demanda. Portanto, os profissionais têm dificuldade em cumprir a agenda programada. Existe a dificuldade da população em reconhecer a ESB como parte da ESF. A falta de materiais e insumos é um fator preocupante, assim como o desgaste físico e mental dos profissionais devido às condições inadequadas para atender os pacientes. A maioria dos profissionais de Saúde Bucal não participa das reuniões de equipe, eles se sentem excluídos em relação às atividades da ESF. Não existe ajustamento nas ações entre as ESBs, e as reuniões da ESB não fazem parte da rotina nem do planejamento das ações. O distanciamento da coordenação de SB em relação aos serviços de saúde é percebido, devido a falta de reuniões para planejamento, monitoramento e avaliação. O acolhimento é destacado como uma forma de confiança e compromisso entre as equipes. Ademais, a classificação de risco é um mecanismo que melhora as condições de trabalho, bem como a satisfação dos usuários.