

Dez anos de inclusão da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no Brasil: uma revisão da produção científica

Ten years of inclusion of Oral Health in Family Health Strategy in Brazil: a review of scientific production

José Amilton Costa Silvestre¹, Maristela Inês Osawa Chagas²,
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas³, Edson Holanda Teixeira⁴

Resumo

O estudo tem por objetivo identificar evidências de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal excludente, individual e curativista para um modelo com foco na família. Trata-se de uma análise crítica a partir de uma revisão histórica da produção científica dos últimos dez anos no Brasil sobre a inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). A busca da literatura se deu por meio do acesso à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em todos os bancos de dados. Realizada no mês de dezembro de 2010, utilizou os descritores “saúde bucal” e “saúde da família”. Pode-se observar a priorização das ações clínicas individuais e educativas focalizadas nos escolares e restritas à aplicação de flúor, escovação supervisionada e palestras educativas. Além da dificuldade de interação com

os outros membros da equipe, a não utilização de dados epidemiológicos e desconhecimento do território. Pela análise, não temos, pelo menos na prática, uma reorientação do modelo de atenção à saúde bucal. Há uma nítida sinalização da manutenção de um modelo focalizado e excludente.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Saúde da Família. Políticas Públicas de Saúde.

Abstract

Identify, in the scientific production of the last ten years in Brazil, evidence of reorientation of the oral health care exclusive, individual and curative for a model with a focus on family. This is a critical analysis from a historical review of scientific literature of the last ten years in Brazil on the inclusion of oral health in the Family Health Strategy. The literature search was through access to the Virtual Health Library in all databases. Being held in December 2010, having as a subject for research descriptors “oral health” and “family health”. Can observe the prioritization of individual clinical and educational activities focused on school and restricted to: application of fluoride, supervised brushing and educational

1 Cirurgião-Dentista. Mestre em Saúde da Família. Professor das Faculdades INTA. Gerente da Atenção Primária de Ubajara/Ce.

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA e do Mestrado em Saúde da Família, UFC/UVA/EFSFVS.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.

4 Cirurgião-Dentista. Doutor em Bioquímica. Bolsista de Produtividade em Pesquisa/CNPq PQ 2. Professor do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará e do Mestrado em Saúde da Família, UFC/UVA/EFSFVS

lectures. Besides the difficulty of interaction with other team members, non-use of epidemiological data and unknown territory. For the analysis, we do not have, at least in practice, a reorientation of the model of oral health care. There is a clear signal of maintaining a focused and exclusive model and exclusion.

Keywords: Oral Health. Family Health. Health Public Policy.

Introdução

As profundas transformações pelas quais o mundo passou a partir de meados do século XX levaram a questionamentos acerca da saúde e seu papel dentro de um novo contexto em que saúde passou a ser vista de forma ampliada¹.

Em 1978 foi realizada a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, que estabeleceu a doutrina da Atenção Primária. Descentralização, equidade e participação comunitária tornaram-se, então, necessidades a serem incorporadas dentro de um novo paradigma².

No Brasil, o cenário político-cultural era marcado pela repressão de um poder centrado numa ditadura que ousava calar muitas vozes, inclusive, as que se posicionavam a favor da saúde como algo que ia muito mais além do simples adoecer³. Porém, com a abertura política instalada pelo processo de anistia abriu-se caminho para o movimento da Reforma Sanitária brasileira, que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde as bases que fundamentaram o que mais tarde se concretizaria no novo Sistema de Saúde^{4,5}.

Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil (CF) em 1988, foram

colocados, então, os princípios e diretrizes do novo sistema, pautado na universalização da saúde com equidade, integralidade das ações e com participação da comunidade, denominado Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

O modelo de saúde vigente não focava a família como objeto de atenção, prevalecendo uma assistência hospitalocêntrica e individualizada, cuja atenção era prestada pelo médico e a saúde era entendida como ausência de doença⁷.

Após a criação do SUS, muitas experiências em saúde iniciaram-se por todo o Brasil. A experiência precursora foi o trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no estado do Ceará, Nordeste brasileiro, no final da década de 1980. A partir da experiência cearense, em 1991 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em todo o país⁸. A perspectiva do trabalho do ACS foi o primeiro passo para uma nova política que iria delinear-se em meados da década de 1990. Assim, surgiu em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁹.

A ESF baseia-se nos princípios do SUS e é voltada para a unidade familiar e leva em consideração o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida⁹.

Em 28 de dezembro de 2000, foi lançada a Portaria Ministerial nº. 1.444 que fixou incentivo financeiro para reorientação das ações de saúde bucal e inseriu o cirurgião-dentista na ESF. Em seis de março de 2001 foi lançada a Portaria nº. 267 que considerou como necessidade a ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados,

melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e inclusão das ações de saúde bucal na ESF^{10,11,12}.

De acordo com Narvai e Frazão³, a inserção da saúde bucal na ESF foi precedida por um longo processo de debates entre entidades odontológicas, conselhos de saúde e profissionais de saúde desde o final de 1994.

Historicamente, as práticas de saúde bucal no Setor Saúde caracterizaram-se por serem individuais, excludentes, curativas, realizadas praticamente entre quatro paredes e restritas ao cirurgião dentista. Com a incorporação das ações de saúde bucal pela ESF buscou-se transpor esse modelo de organização e prática anterior na busca de integração dos profissionais no trabalho dentro da perspectiva familiar¹³.

As ações a serem desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) devem ser orientadas para o cuidado em saúde bucal como eixo de reorientação do modelo, além de serem pautadas na humanização, na co-responsabilização dos serviços, e no trabalho voltado para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso. Deve também englobar ações complementares que envolvam pessoas em condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos¹⁴.

Dentro deste contexto, de dez anos de inclusão da saúde bucal na ESF, delineia-se o objetivo de identificar, na produção científica dos últimos dez anos no Brasil, evidências de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal excludente, individual e curativista para um modelo com foco na família.

As discussões que emergirem deste estudo intentam contribuir para a produção científica voltada para análise das evidências de mudanças nas práticas em saúde bucal, após a inserção do cirurgião dentista na ESF no Brasil.

Métodos

Há muitos meios de se refletir acerca de uma determinada ação num referido espaço de tempo. Neste trabalho utilizamos a revisão histórica da produção científica dos últimos dez anos para fazer uma análise crítica do objeto proposto, no caso, a inclusão da saúde bucal na ESF no Brasil.

Para Gil¹⁵ a pesquisa bibliográfica, como qualquer outra modalidade de pesquisa, desenvolve-se ao longo de uma série de etapas. Seu número, assim como seu encadeamento, depende de muitos fatores, tais como a natureza do problema, o nível de conhecimentos que o pesquisador dispõe sobre o assunto, o grau de precisão que se pretende conferir à pesquisa etc. Assim, qualquer tentativa de apresentar um modelo para desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica deverá ser entendida como arbitrária. Ainda, segundo Gil¹⁵, a finalidade da leitura analítica é a de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa.

A busca da literatura se deu por meio do acesso à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em todos os bancos de dados, sendo realizada no mês de dezembro de 2010, tendo como assunto para a pesquisa os descritores “saúde bucal” e “saúde da família”. Como critérios de inclusão, optou-se por trabalhos completos do tipo artigo científico, no idioma português e publicados no período de 2001 a 2010.

Como critério de exclusão, os trabalhos que não correspondiam aos objetivos do estudo ou textos coincidentes foram eliminados. Ao final da busca, foram encontrados 38 artigos científicos, e destes foram selecionados 14 que correspondiam aos critérios de inclusão.

Resultados

Para organização e análise dos resultados, optamos por uma distribuição em ordem cronológica, considerando os dez anos indicados na metodologia (Quadro 1).

Quadro 1. Produção científica sobre as práticas de saúde bucal desenvolvidas na ESF na Base de Dados BVS. 2001 a 2010

PERIÓDICO	ARTIGO	AUTORES	ANO	PAÍS/ESTADO	TIPO DE ESTUDO
Ciência & Saúde Coletiva	Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes	José-Luiz Carvalho de Oliveira; Nemre Adas Saliba	2005	Brasil/Rio de Janeiro	Quali-Quantitativo
Cad. Saúde Pública	A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil	Márcia Helena Baldani; Cristina Berger Fadel; Taisiane Possamai; Márcia Geny Schwitzer Queiroz	2005	Brasil/Paraná	Quali-Quantitativo
Ciência & Saúde Coletiva	Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte	Yanne Pinheiro de Araújo; Magda Dimenstein	2006	Brasil/Rio Grande do Norte	Qualitativo
RFO	A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal	Graziela Oro Cericato; Daniela Garbin; Ana Paula Soares Fernandes	2007	Brasil/Santa Catarina	Revisão de Literatura
Cad. Saúde Pública	Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial	Tatyana Maria Silva de Souza; Ângelo Giuseppe Roncalli	2007	Brasil/Rio Grande do Norte	Quali-Quantitativo
Ciênc. Odontol. Brasileira	Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município	Aldenisia Alves Albuquerque Barbosa; Ewerton William Gomes Brito; Iris do Ceu Clara Costa	2007	Brasil/Rio Grande do Norte	Qualitativo
Arquivos Catarinenses de Medicina	Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família	Ketlin Lisie Anacleto; Luis Roberto Agia Cutolo	2007	Brasil/Santa Catarina	Revisão de Literatura
Ciência & Saúde Coletiva	Avaliação das ações de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará	Danielle Tupinamba Emmi; Regina Fatima Feio Barroso	2008	Brasil/Pará	Quali-Quantitativo
Rev. Saúde Pública	Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família	Adriano Maia dos Santos; Marluce Maria Araújo Assis; Maria Ângela Alves do Nascimento; Maria Salete Bessa Jorge	2008	Brasil/Bahia	Qualitativo

Cad. de Saúde Pública	Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo	Gilmara Celli Maia de Almeida; Maria Ângela Fernandes Ferreira	2008	Brasil/Rio Grande do Norte	Exploratório e descritivo
Revista Baiana de Saúde Pública	Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista	Ana Aurea Alécio de Oliveira Rodrigues; Ângelo Prazeres Gallotti; Samara Figueiredo Albernaz Pena; Carlos Alberto da Silva Ledo	2009	Brasil/Bahia	Quantitativo
Ciência & Saúde Coletiva	Análise da Atenção a Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família do distrito sanitário VI, Recife (PE)	Fernando Castim Pimentel; Petrônio Jose de Lima Martelli; Jose Luiz do Amaral Correa de Araújo Junior; Raquel Moura Lins Acioli; Cícera Lissandra Sá Vieira Macedo	2010	Brasil/Pernambuco	Qualitativo
Ciência & Saúde Coletiva	Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil	Petronio José de Lima Martelli, Cícera Lissandra Sá Vieira Macedo, Katia Rejane de Medeiros, Shirley Florêncio da Silva, Amanda Priscila de Santana Cabral, Fernando Castim Pimentel, Ive da Silva Monteiro	2010	Brasil/Pernambuco	Quantitativo
Rev. APS	Saúde Bucal no Programa Saúde da Família em município do semiárido baiano (Feira de Santana): organização e micropolítica	Ana Aurea Alécio de Oliveira Rodrigues; Líbia Santos Bomfim	2010	Brasil/Bahia	Qualitativo

Oliveira e Saliba¹⁶ analisaram a situação da ESB inserida na ESF no município de Goytacazes, estado do Rio de Janeiro. Já Baldani *et al*¹⁷ fizeram uma análise do perfil de implantação da saúde bucal na ESF no estado do Paraná, um ano após a entrada em vigor da Portaria 1.444 do MS, ou seja, um ano após a inclusão da saúde bucal na ESF. É notório, na apresentação dos resultados dos dois artigos, que as ações da ESB não estão totalmente de acordo com o que é proposto pelo MS, e que a participação é limitada, focalizada, na maioria das vezes no atendimento clínico ambulatorial básico^{16,17}.

Em 2006 Araújo e Dimenstein¹⁸ analisaram o perfil de atuação de cirurgiões-dentistas inseridos na ESF de municípios do Rio Grande do Norte. O estudo revelou que os dentistas não realizavam atividades preventivas como deveriam ser realizadas. Relatam a dificuldade de praticá-las na

comunidade e que a população exige o tratamento curativo, e que em alguns locais só há o tratamento mutilador, no caso as extrações dentárias. Em relação à visita domiciliar, essa é uma atividade pouco executada pelos dentistas e quando o não há priorização da visita de acordo com o risco das famílias a serem visitadas. O atendimento odontológico é direcionado a grupos prioritários, e outro fator importante relatado na pesquisa é a falta de integração com os outros profissionais da ESF, principalmente o ACS¹⁸.

No ano de 2007, Cericato *et al*¹⁹ analisaram a inserção do cirurgião-dentista na ESF com foco nas ações e os métodos de avaliação das ESB. Os autores mostraram que apesar de ser introduzida uma nova lógica que rompe com a prática histórica da odontologia, muitas vezes, o que ocorre é apenas a transferência linear de espaço de trabalho do odontólogo¹⁹. Já Anacleto

e Cutolo²⁰ investigaram as contribuições da formação acadêmica odontológica a partir da inserção da saúde bucal na ESF. Os autores apontaram a necessidade da construção de uma odontologia em sintonia com o SUS atuando de maneira a responder as necessidades apresentadas pela coletividade²⁰.

Em trabalho realizado por Souza e Roncalli²¹ para avaliar a incorporação da saúde bucal na ESF no Rio Grande do Norte, os autores encontraram que os procedimentos individuais mais realizados nas ESB eram exodontias, evidenciação de placa, orientação da dieta, aplicação tópica de flúor, restauração, orientação de higiene oral e procedimentos básicos de periodontia. A realização de palestras foi a atividade coletiva mais citada, seguida da aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada. Os espaços mais destacados para o desenvolvimento dessas ações foi o das escolas com 47,7% das citações, seguido das creches (31,8%)²¹.

Barbosa et al²² analisaram a saúde bucal na ESF através das percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto do município de São Gonçalo do Amarante, estado do Rio Grande do Norte. O estudo revelou que o tratamento curativo ainda é a prática que predomina entre as atividades desenvolvidas pelas ESB, e que os profissionais mostram anseios por mudanças das práticas realizadas no modelo tradicional, bem como a interação dos profissionais que compõem a ESB²².

Em 2008, Emmi e Barroso²³ analisaram as ações de saúde bucal inseridas na ESF do distrito de Mosqueiro, no estado do Pará, sob a percepção dos usuários. Os resultados mostraram que a maior parte

dos entrevistados estava satisfeita com a qualidade do atendimento prestado pela ESB, considerando uma grande melhora na qualidade de saúde bucal após a implantação da ESB²³.

Santos et al²⁴ estudaram o vínculo e a autonomia na prática de saúde bucal na ESF através de entrevistas aplicadas a profissionais e usuários do sistema. Foi constatado que o fluxo dos usuários era organizado a partir da queixa que escolhia previamente o procedimento que desejava. Havia uma fragmentação no processo de organização da demanda, porquanto condicionada à oferta e ao profissional. Os profissionais relataram sofrer pressão por parte dos usuários para a realização de extração dentária.

As entrevistas revelaram os conflitos gerados na dinâmica das práticas em saúde bucal devido à proporção de uma ESB para cada duas ESF. As estratégias desenvolvidas pelas ESB eram visitas domiciliares, atividades em grupo, em escolas e centros comunitários e que convergiram para o estabelecimento do vínculo e para o fortalecimento da autonomia da comunidade. Foi também observado que a ESB realizava visitas domiciliares, todas as equipes reservavam turnos semanais para essa finalidade, e que a realização de distintas atividades melhorava o vínculo e a autonomia. Porém, as ações coletivas tinham seu eixo de discussão nas patologias bucais ou técnicas de higiene e que a perspectiva era majoritariamente a prevenção²⁴.

Almeida e Ferreira²⁵ analisaram as práticas preventivas e educativas em saúde bucal realizadas pelos dentistas da ESF de Natal, Rio Grande do Norte. Os resultados mostraram que de todas as atividades, as individuais de orientação

de higiene bucal e de aplicação tópica de flúor corresponderam a 87,5% e 95%, respectivamente. Em âmbito coletivo, todos que atuavam nas escolas (91,2%) realizavam aplicação tópica de flúor, enquanto 86,2% desenvolviam ações educativas. As atividades preventivas representavam 41% do total de procedimentos. Dentre essas, aplicação tópica de flúor gel por sessão correspondeu a 24,4% e escovação supervisionada a 31%. No tocante às atividades educativas, 57,4% realizavam-se no estabelecimento de saúde e 42,6% na comunidade²⁵.

Em 2009 Rodrigues et al²⁶ publicaram estudo abordando o perfil do cirurgião-dentista inserido na ESB e foi observado que 96% dos dentistas realizavam visitas domiciliares, na maioria das vezes apenas quando solicitados pelo ACS. Foi também constatado que o dentista não realizava levantamento epidemiológico e utilizava principalmente a condição de saúde bucal do usuário como referência das necessidades odontológicas²⁶.

Pimentel et al²⁷ fizeram uma análise da atenção à saúde bucal na ESF e os resultados mostraram que algumas práticas realizadas pelas equipes ainda são incipientes, como o levantamento epidemiológico, a referência e contra referência e o monitoramento e avaliação das ações. O estudo mostrou haver um avanço na visão preventiva e na prática de educação em saúde dos profissionais. Ao se estabelecer um comparativo entre as práticas tradicionais e as exercidas pela ESF, percebe-se que houve um grande avanço em relação aos serviços realizados, com práticas menos mutiladoras e mais preventivas, embora as ações preventivas ainda tenham como foco a escola. Foram observadas dificuldades para a realização de ações que integrem a ESB com os

outros profissionais da ESF²⁷.

Outro estudo tomou por base o perfil do cirurgião-dentista inserido na ESF e foi realizado por Martelli et al²⁸ e mostrou que 89,6% dos dentistas realizavam atividade educativa, além de escovação supervisionada 33,9%, e aplicação de flúor que era feita por 69,6% dos profissionais e o uso de selante por 16,5% dos dentistas²⁸.

Em estudo realizado por Rodrigues e Bomfim²⁹, foi feita uma análise da saúde bucal inserida na ESF e os autores observaram uma falta de compreensão sobre a área adscrita e microárea e em relação ao acesso dos usuários. Notou-se claramente uma predominância de marcação de consultas nas unidades de saúde, por ordem de chegada, onde se observa que o agendamento por grupos ou faixa etária não é uma realidade. Em relação às ações individuais e coletivas, a maioria demonstra ter conhecimento das ações educativas e preventivas, e uma minoria não soube diferenciar ações educativas de ações curativas. Tratando-se das visitas domiciliares, não foi verificada uma prática sistematizada. Foi observada pouca articulação entre os dentistas e os demais profissionais que atuam na ESF²⁹.

Discussão

A análise criteriosa das produções científicas que abordaram a inclusão da saúde bucal dentro da ESF durante estes dez anos completados em dezembro de 2010, nos mostrou que existe uma tensão dentro dessa nova prática de se trabalhar a saúde bucal, e que essa tensão é caracterizada, principalmente, pela formação biomédica dos profissionais de odontologia que tornam a repetir as mesmas ações executadas de forma individual e mutiladora.

Muitas discussões já foram ocasionadas em relação à formação acadêmica do profissional de odontologia, e procuraram encontrar soluções que fossem adequadas à realidade de saúde de cada população. Torna-se necessário que o profissional que deixa a universidade esteja concernente com um paradigma voltado para o social, humano, holístico. Porém, o que ainda se observa, são profissionais que saem das universidades com uma formação extremamente técnica e biomédica³⁰.

As publicações colocaram, de forma quase unânime, uma falta de sintonia entre o que é proposto pelo MS e o que na prática é realizado pelas equipes, caracterizando-se por ações limitadas, focalizadas no ato clínico e individual, na sua maioria.

O modelo de trabalho em equipe colocado pelo MS para a ESF preconiza o conhecimento prévio do território de abrangência, a identificação dos problemas de saúde da população e situações de risco, a elaboração de estratégias para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença com ações pautadas na intersectorialidade e assistência integral às famílias⁹.

A saúde bucal como parte integrante da ESF deve estar em consonância com todos os pressupostos colocados com a finalidade de reorientar as ações de saúde. A ESB deve integrar-se com instituições e organizações sociais existentes em sua área de abrangência para o desenvolvimento de parcerias, ter o cuidado como eixo de reorientação do modelo, trabalhar a humanização e a corresponsabilização de ações com ênfase nas linhas do cuidado. Apropriar-se do espaço local é de suma importância para

que profissionais e a população possam desencadear mudanças nas práticas de saúde¹⁴.

Percebeu-se, que durante estes dez anos ocorreram mudanças quanto a ações executadas tais como visita domiciliar e o trabalho com a comunidade, embora que, de maneira geral, o foco das ações ainda tenha sido a escola.

No Brasil, desde o final da década de 1950 e início dos anos 1960 passou a haver uma enorme concentração das atividades odontológicas controladas pelo Estado, e caracterizou, assim, o período pós-Segunda Guerra Mundial como uma ruptura na produção dos serviços odontológicos, principalmente a partir da introdução da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que foi criada a partir de um Acordo de Cooperação Técnica entre Brasil e Estados Unidos, com o apoio da Fundação Rockefeller. A Odontologia, então, voltou-se exclusivamente para os escolares das escolas públicas fazendo surgir, assim, o Sistema Incremental¹⁰.

Este modelo caracterizou as políticas públicas de saúde bucal fortemente centradas no indivíduo, mutiladoras e excludentes³.

A utilização de dados epidemiológicos para traçar estratégias de trabalho é explicitada pelo MS ao tratar das ações de saúde bucal no âmbito da ESF¹⁴, porém muitos ainda não utilizam levantamentos epidemiológicos para planejarem suas ações de enfrentamento da realidade, mas utilizam principalmente a condição de saúde bucal do usuário como referência²⁵.

Para Narvai e Frazão³, o modelo de atenção à saúde bucal hegemônico no

Brasil é o da odontologia de mercado, no qual as condições de saúde bucal são resultantes da assistência odontológica exercida através de pagamento direto ou indireto pelos serviços clínico-cirúrgicos prestados. Este modelo caracteriza-se por uma segmentação das práticas de saúde bucal, dificuldade de integração, mercantilização dos serviços, além de dificuldade de acesso aos serviços prestados.

Considerações Finais

Pela análise, não temos, pelo menos na prática, uma reorientação do modelo de atenção à saúde bucal. O foco na família é limitado e ainda utiliza-se a escola como prioridade na hora das ações. Há uma nítida sinalização da manutenção de um modelo focalizado e excludente.

Referências

1. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2007; 17(1): 29-41. Disponível em: <http://search.scielo.org/index.php>. Acesso em: 16 jun 2011.
2. Andrade LOM. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus. In: Andrade LOM; Barreto ICHC. *SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 30-35.
3. Narvai PC, Frazão P. *Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
4. Manfredini MA. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF; 2009. p.155-174. (Brasil. Série G. Estatística e Informação em Saúde).
5. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(3):743-752. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&Ingen. Acesso em: 18 dez. 2010.
6. Vasconcelos CM; Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 531-562.
7. Andrade LOM, Barreto ICHC. *SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. São Paulo: Hucitec; 2007.
8. Marques Ávila MM. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(1): 349-360.
9. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.783-836.
10. Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, coordenadores. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p.1-20.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1444 de 29 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 29 dez 2000; Seção 1.p.85.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 267 de 06 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 07 de mar 2001; seção 1. p.67.
13. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. *A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Bucal. *Cadernos de atenção básica*.

- Brasília, DF; 2006.
15. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2002.
 16. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(supl): 297-302. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500030&Ingen. Acesso em: 18 dez. 2010.
 17. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4): 1026-1035. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400005&Ingen. Acesso em: 18 dez. 2010.
 18. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 219-227.
 19. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO*. 2007; 12 (3): 18-23.
 20. Anacleto KL, Cutolo LRA. Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. *Arq. Catarinenses de Medicina* 2007; 36(4): 76-83.
 21. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11): 2727-2739.
 22. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Ciênc Odontol Bras* 2007; 10(3): 53-60.
 23. Emmi DT, Barros RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(1): 35-41.
 24. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(3): 464-70.
 25. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do programa saúde da família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(9): 2131-2140.
 26. Rodrigues AAAO, Gallotti AP, Pena SFA, Ledo CAS. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2009; 33(4): 582-594.
 27. Pimentel FC, Martelli PJL, Júnior JLACA, Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(4): 2189-2196.
 28. Martelli PJL, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(supl): 3243-3248.
 29. Rodrigues AAAO, Bomfim LS. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família em município do semiárido baiano (Feira de Santana): organização e micropolítica. *Rev APS* 2010; 13(1): 96-108.
 30. Pinheiro FMC, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MI. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. *Rev Odontol UNESP* 2008; 37(1): 69-77.

Endereço para correspondência:

José Amilton Costa Silvestre
Rua José Rufino Pereira, 250
Centro - CEP: 62350-000
Ubajara - Ceará
E-mail: amiltonc@gmail.com