ISSN: 2178-7514

Vol. 17 | Nº. 2 | Ano 2025

ARTIGO DE REVISÃO

ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Process aspects of the dentist's work in the family health strategy

Selene Stéfany Sales do Nascimento[1]; Antônia Fernanda Mendes Melo[1]; Luana Silva Sousa[1]; Laís Raiane Feitosa Melo Paulino[1]; Millena Pereira da Silva[1]; Daniele Maria da Silva[1]; Glauciany Fonteles Vasconcelos[2]; Jefferson Douglas Lima Fernandes[1]; Ana Cristina Rodrigues Martins[1]; Diêgo Passos Aragão[1]

RESUMO

A atuação do cirurgião-dentista (CD) na Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um componente essencial da atenção primária à saúde bucal no Brasil. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2003, buscou-se ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos de forma integral e humanizada. Esta revisão integrativa de literatura, de caráter qualitativo e exploratório, tem como objetivo analisar os principais aspectos que facilitam e dificultam o processo de trabalho do CD na ESF. A pesquisa foi realizada nas bases SciELO, BVS e PubMed, utilizando descritores relacionados à saúde bucal e atenção primária. Após os critérios de seleção, foram incluídos 20 artigos publicados entre 2015 e 2024 Os resultados evidenciaram que a atuação do CD se dá de maneira ampliada, envolvendo ações de prevenção, promoção e reabilitação, integradas às equipes multiprofissionais. Entre as potencialidades, destacam-se a criação de vínculos com a comunidade, a valorização das ações educativas, e a integração intersetorial. Contudo, limitações como infraestrutura inadequada, escassez de insumos, sobrecarga de trabalho, alta rotatividade de profissionais e formação acadêmica ainda centrada no modelo curativista dificultam a efetivação de uma prática integral. A análise aponta ainda para a necessidade de políticas públicas que garantam melhores condições de trabalho, qualificação profissional e valorização do CD na atenção básica. Assim, fortalecer a inserção do CD na ESF é essencial para garantir uma saúde bucal de qualidade e efetiva no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Atenção básica, odontologia preventiva, estratégia saúde da família, saúde bucal, facilitadores e dificultadores.

ABSTRACT

The role of the dental surgeon (CD) in the Family Health Strategy (FHS) is a key component of primary oral health care in Brazil. With the creation of the Unified Health System (SUS) in 1988 and the launch of the National Oral Health Policy (PNSB) in 2003, efforts have been made to expand the population's access to comprehensive and humanized dental services. This is an integrative literature review with a qualitative and exploratory approach, aiming to analyze the main factors that facilitate and hinder the CD's work process within the FHS. The research was conducted in SciELO, BVS, and PubMed databases, using descriptors related to oral health and primary care. After applying inclusion and exclusion criteria, 20 articles published between 2015 and 2025 were selected. The findings revealed that the CD plays an expanded role, involving prevention, health promotion, and rehabilitation actions integrated with multidisciplinary teams. Strengths include the creation of bonds with the community, the value of educational activities, and intersectoral integration. However, challenges such as inadequate infrastructure, lack of supplies, work overload, high turnover rates, and training still focused on a curative model hinder the effectiveness of comprehensive care. The analysis highlights the need for public policies that ensure better working conditions, professional training, and recognition of the CD's role in primary health care. Therefore, strengthening the presence of dental surgeons in the FHS is essential to ensure effective and equitable oral health care within SUS.

Keywords: Primary health care, basic health care, preventive dentistry, family health strategy, oral health.

1. Faculdade Ieducare FIED
2. Universidade Federal do Ceará UFC

Autor de correspondência

Selene Stéfany Sales do Nascimento

selenestefanysalesn@gmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde bucal no Brasil é um tema de preocupação, apresentando problemas como cárie, traumas dentários, doenças periodontais, edentulismo e câncer de boca. Em 1988, houve a criação do SUS e, a partir desse ponto, ocorreram mudanças significativas na abordagem da saúde no Brasil, como aponta o Brasil[1-2-3].

O SUS representa um marco na saúde pública brasileira, uma vez que agora a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado e, guiado pelos princípios doutrinários de integralidade, universalidade e equidade, transformou o conceito das práticas de saúde, trazendo acesso aos serviços e ações para a comunidade, em contraste com a abordagem anteriormente focada na intervenção medicamentosa e procedimentos médicos[1-2-3].

Com esse sistema, a assistência à saúde no Brasil foi dividida de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de atenção primária, secundária e terciária, com o intuito de manter uma boa estratégia de atendimentos e, consequentemente, suprir as necessidades da população. Além disso, os municípios e o Distrito Federal tornaram-se responsáveis pela execução e organização das ações de saúde em seus territórios.

O primeiro nível de atenção no SUS é a atenção básica, que é caracterizada como a porta de entrada ao SUS e tem como intuito oferecer cuidados acessíveis à população, com foco na prevenção e promoção de saúde. Trata-se de um conjunto de ações com o objetivo de promover e prevenir doenças, detectá-las precocemente, realizar campanhas de vacinação para as doenças infecciosas e também desenvolver ações de promoção de saúde com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população adscrita ao território das Unidades Básicas de Saúde (UBS)[4-5.]

Neste nível de atenção é possível realizar exames e consultas de rotina com equipes multiprofissionais e profissionais especializados em Saúde da Família. Além disso, esses profissionais se articulam para atuar não apenas nas unidades de saúde, como também em espaços públicos da comunidade, na oferta de práticas integrativas e complementares[6].

Em outro nível apresenta-se a atenção especializada. Ela é segmentada em dois componentes: atenção secundária e terciária, média e alta complexidade[7]. O segundo nível é caracterizado por serviços especializados oferecidos por hospitais municipais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e centros de especialidades médicas, nos quais o indivíduo terá um atendimento mais completo, abrangendo procedimentos mais invasivos.

O nível terciário abrange os hospitais estaduais ou federais, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Centros de Referência em Especialidades, atuando nos procedimentos de alta complexidade, contando com uma equipe multidisciplinar especializada como em pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia, entre outras especialidades médicas[1-8].

Nos anos 90, foi implementada no Brasil a Estratégia Saúde da Família (ESF), dando início ao atendimento multidisciplinar composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes de saúde. A ESF configura-se como uma proposta para incentivar mudanças no modelo assistencial em saúde com vistas a atender ao prescrito na Constituição de 1988 e aos princípios do SUS[9].

A ESF tem o intuito de fortalecer e reorganizar a atenção básica, a fim de manter a união de cuidados com a comunidade. Por meio dela, busca-se a promoção da saúde com abordagens que visam prevenir doenças e proporcionar um atendimento contínuo através de equipes multiprofissionais[10].

Antes do SUS ser implementado, a saúde bucal era ofertada de forma fragmentada e desigual. As ações de saúde eram voltadas quase exclusivamente à educação infantil, com foco na instrução de higiene oral e prevenção de cáries. Em relação aos adultos, essas intervenções limitavam-se a tratamentos curativos como restaurações e extrações dentárias, considerando que o serviço de saúde bucal era restrito às classes mais altas, enquanto a população em situação de vulnerabilidade enfrentava dificuldades para obter esse acesso[11].

Apesar desse avanço significativo em relação à saúde, a odontologia permaneceu à margem da atenção básica à época, sem efetivar a total integração aos serviços de saúde. Suas características eram voltadas para intervenções curativas, sem foco em ações de promoção e prevenção em saúde bucal para a sociedade. A prática odontológica era caracterizada por um enfoque técnico, direcionado principalmente à assistência ao indivíduo doente e, majoritariamente, oferecida a pequenos grupos da sociedade[12]. A escassez de serviços odontológicos disponíveis fazia com que a extração dentária se tornasse o tratamento mais comum na rede pública, perpetuando a percepção de uma odontologia mutiladora e de um dentista com atuação exclusivamente clínica[13].

A odontologia permaneceu fora do foco das políticas públicas de saúde por vários anos. Somente nos anos 2000, o cirurgião-dentista (CD) e o auxiliar de saúde bucal (ASB) foram inseridos na ESF por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)[13]. Após a inserção da Equipe de Saúde Bucal na ESF, foi possível desenvolver diversas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como visitas domiciliares, palestras educativas e instrução de higiene oral nas salas de espera[14].

Pesquisas científicas atuais que abordam os problemas bucais não se limitam apenas à busca da associação entre as alterações bucais e os respectivos fatores de risco. Tem havido uma crescente preocupação em se aprofundar na repercussão dos problemas bucais, atuando de forma significativa na qualidade de vida das pessoas, relacionando-os às limitações funcionais, bem-estar físico e social[15].

As enfermidades orais podem impactar na interpretação social, autoestima, sono, alimentação e fonética das pessoas, causando desafios em suas

atividades cotidianas e resultando em danos à interatividade social e à qualidade de vida[16].

O CD desempenha um papel essencial nos três níveis de prevenção. Na primária, atua na promoção da saúde da família por meio da educação em saúde, auxiliando os pacientes na instrução de higiene oral. Na secundária, utiliza seus conhecimentos para ofertar diagnósticos precoces em doenças em sua fase inicial, a fim de diminuir sua incidência e complicações futuras. E, por fim, na terciária, melhora a qualidade de vida, devolvendo função aos pacientes e exercendo um papel importante para uma boa assistência à população, mantendo a saúde bucal e geral[17].

O papel do CD nas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção e prevenção da saúde, ao controle e tratamento das doenças bucais, tendo como prioridade a resolutividade da intercorrência apresentada pelos usuários das UBS. Deste modo, ele busca trabalhar de forma integrada a fim de sanar as necessidades da comunidade adscrita à UBS, atuando tanto na prevenção de doenças bucais quanto na promoção da saúde e no tratamento curativo, trazendo o bem-estar integral[11].

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo analisar a atuação do cirurgiãodentista na ESF, com a identificação das potencialidades e limitações do atendimento odontológico, além de propor estratégias para superar as barreiras encontradas. O estudo tem relevância e importância à saúde bucal, pois traz uma qualidade de trabalho para o CD, especialmente nas áreas vulneráveis que necessitam de maiores cuidados, contribuindo também para melhorias nas políticas municipais de saúde bucal, agregando a capacitação dos profissionais de saúde[14].

METODOLOGIA

Este estudo tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, fundamentada em uma revisão bibliográfica de caráter exploratório e descritivo. Segundo Estrela[18], pesquisas pautadas na revisão bibliográfica se fundamentam a partir da análise de materiais já existentes na literatura, como artigos científicos. A abordagem exploratória permite um maior aprofundamento do tema com o intuito de ampliar o conhecimento do pesquisador e promover maiores esclarecimentos de conceitos e ideias. No caráter descritivo, o intuito é desenvolver e esclarecer conceitos, contribuindo para a formulação de problemas mais precisos.

A elaboração da pesquisa foi seccionada em seis fases: 1ª fase: elaboração da pergunta norteadora; 2ª fase: amostra na literatura; 3ª fase: coleta de dados; 4ª fase: análise crítica dos estudos incluídos; 5ª fase: discussão dos resultados; 6ª fase: apresentação da revisão integrativa.

Utilizando a estratégia PICO, modelo amplamente adotado nas revisões integrativas, este estudo elaborou uma pergunta clara e estruturada para guiar o desenvolvimento da pesquisa. Utilizou-se a sigla PICO, que representa os elementos essenciais para a formulação do questionário: P (População), I (Interesse), CO (Contexto ou comparação, quando aplicável), respondendo às seguintes questões explanadas na Tabela 1[19].

Tabela 1. Estratégia PICO utilizada na pesquisa para definição da pergunta norteadora. Tianguá, CE. 2025

QUAIS FACILITADORES E DIFICULTADORES DO TRABALHO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?			
	P (População)	**I (Interesse)**	**Co (Contexto)**
Termos da pergunta	Cirurgião Dentista	Saúde da família	Facilitadores e dificultadores

Fonte: elaborada pela autora

A busca ocorreu no mês agosto e setembro de 2024 nas bases de dados PubMed, SciELO e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) utilizando os descritores DeCS/MeSH: ”Atenção primária”, ”Atenção básica”, ” Odontologia Preventiva”, “Estratégia da Saúde da família”, “Family Health Strategy”, “Facilitadores e dificultadores”, “Facilitators and hindrances”. Cada descritor foi buscado separadamente em todas as bases e, logo após, foram realizados cruzamentos entre elas para o refinamento da busca usando os operadores booleanos AND e OR, resultando em ”Atenção Primária” OR ”Atenção básica” OR ” Odontologia Preventiva” AND “Estratégia da Saúde da família” OR “Family Health Strategy” AND “Facilitadores e dificultadores” “Facilitators and hindrances”.

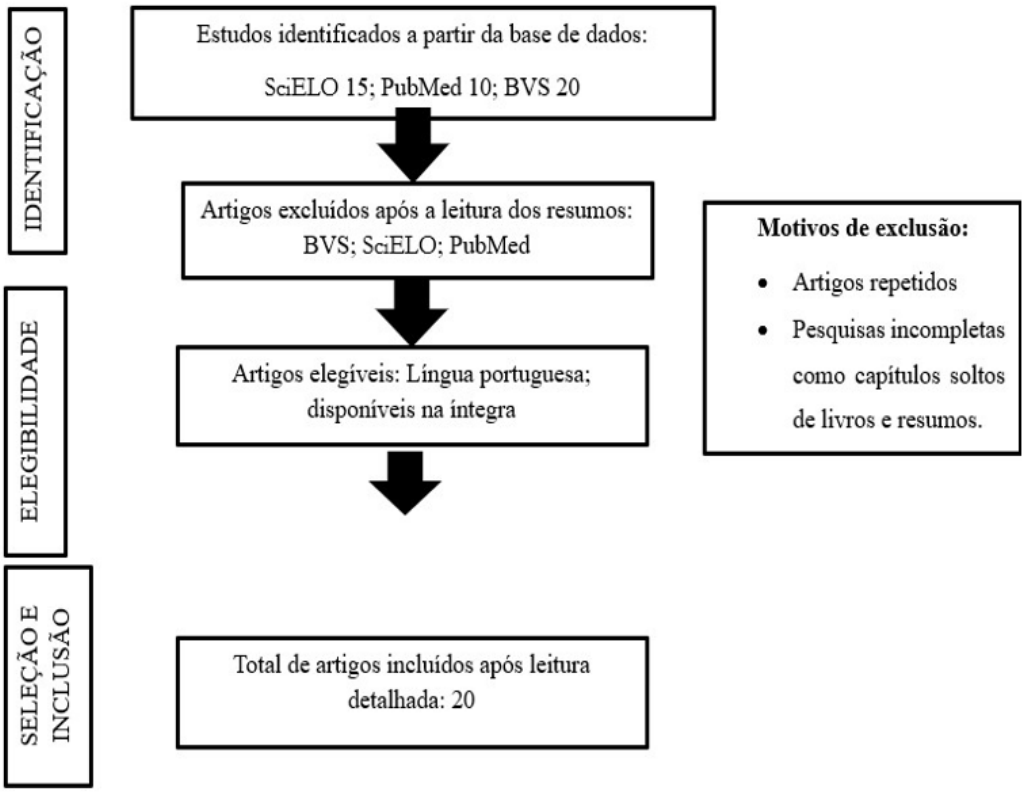
Como critérios de inclusão para seleção dos artigos foram publicados artigos em português e inglês nos anos de 2015 a 2024, com avaliação dos textos completos. Enquanto os critérios de exclusão foram artigos repetidos, pesquisas incompletas como capítulos soltos de livros e resumos.

A seguir temos o fluxograma que representa as etapas de seleção de artigos para a formação dessa revisão de literatura (figura 1) Dividimos esse processo em duas fases, sendo a primeira a identificação total dos artigos que estiverem no mesmo nicho de pesquisa nas bases de dados sendo elas a SciELO com 15 artigos, PubMed com 10 artigos, e BVS com 20 artigos. Após essa seleção efetuamos a leitura dos resumos e utilizamos os critérios de exclusão sendo eles: Artigos repetidos, os que não se adequaram aos critérios de inclusão impostos na metodologia, como artigos incompletos, capítulos de livros, e trabalhos que não temos acesso ao texto completo.

RESULTADOS

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados BVS, SciELO e PubMed, totalizando 45 artigos encontrados. Após a leitura detalhada e aplicação de filtros de inclusão e exclusão, foram removidos os trabalhos duplicados e selecionados apenas os artigos completos redigidos nas línguas portuguesa e inglesa, publicados no período entre 2015 e 2025. Com a utilização desses critérios foram selecionados 20 artigos para compor a amostra do trabalho.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos desta revisão de literatura
Tianguá, CE. 2025



Fonte: autoria própria (2025)

EM ANEXO

A partir de uma análise crítica e detalhada, foi possível identificar os principais fatores que influenciam na atuação do Cirurgião-Dentista (CD) na ESF, permitindo desta forma a sistematização das potencialidades e limites dessa prática.

Somente após 12 anos da criação do SUS ocorreu a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF. Além do mais, a partir de 2003, verificou-se uma nova resposta estatal aos problemas de saúde bucal da população brasileira com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Essa política, conhecida como Brasil Sorridente, fortaleceu a ESF como uma ferramenta crucial para reorganizar a atenção básica e apresentando como objetivo a ampliação do acesso aos serviços odontológicos gratuitos no SUS.

A PNSB trouxe consigo um grande desafio relacionado à organização do trabalho, ao propor a integração da saúde bucal em equipes multiprofissionais. Essa proposta introduz uma nova abordagem sobre o cuidado em saúde, que não apenas amplia a atuação da odontologia no SUS, mas também desafia valores, posições e funções consolidadas pelos modelos tradicionais anteriores. Essa transformação exige cooperação, flexibilidade e adaptação por parte das equipes, reforçando a relevância do trabalho interdisciplinar[15].

Entre as potencialidades dessa nova configuração, destaca-se a integração do CD às equipes multiprofissionais, permitindo uma abordagem mais completa e resolutiva do cuidado com a população adscrita nos territórios das UBS. A inserção do CD na ESF visa contemplar o princípio da integralidade do SUS, permitindo ao paciente um atendimento que envolva desde a prevenção até o tratamento mais adequado às demandas apresentadas e promoção de soluções efetivas[26,10].

Com o intuito de fortalecer o vínculo com a comunidade, o CD passou a atuar de forma contínua nos territórios, favorecendo uma relação mais próxima e possibilitando a construção do vínculo entre o profissional e a comunidade. A criação do vínculo contribui para a adesão às práticas preventivas e continuidade dos tratamentos propostos pelos CDs aos pacientes. Estima-se que cada equipe da ESF possua em seu território uma população adscrita de 3.000 a 4.000 pessoas, com uma demanda odontológica agendada de 8 a 12 pacientes por dia, variando de acordo com a complexidade dos procedimentos e demandas espontâneas[14,17].

A atuação do CD na ESF é bastante ampla, com capacidade de atuar nos três níveis de atenção à saúde. Na atenção primária, são realizadas ações de prevenção e promoção da saúde, por meio de profilaxia, aplicação tópica de flúor, instruções sobre higiene oral e alimentação não cariogênica com linguagem acessível aos pacientes, além do monitoramento de sinais e sintomas de doenças sistêmicas antes das consultas odontológicas e do acompanhamento de gestantes, por exemplo.

Na atenção secundária, atuam de forma complexa como em cirurgias, no tratamento de periodontites, planejamentos de próteses dentárias e tratamento de condições orais. Na atenção terciária, a atuação abrange condições raras e que demandam um nível maior de complexidade, como doenças bucais relacionadas a condições sistêmicas e o câncer de boca. Nesse nível, é fundamental a atuação multidisciplinar, com o intuito de abranger outros especialistas[4,16].

Observa-se que a atuação dos CDs em vários níveis de atenção é de suma relevância para promover uma saúde bucal de qualidade para a população adscrita às UBS. Todas essas atribuições colaboram de forma significativa com a equipe que compõe a ESF, com a finalidade de ofertar um atendimento de qualidade para a comunidade[14,22].

Além disso, a abordagem integrada ofertada na Atenção Básica reconhece a relação entre a saúde bucal e saúde sistêmica, com ênfase no impacto que as doenças bucais podem ocasionar em determinadas condições como diabetes, doenças cardiovasculares e complicações na gravidez[4,16].

Vale ressaltar que a atuação da equipe multidisciplinar junto ao CD torna-se de suma importância para garantir uma abordagem completa frente às necessidades expostas pela população, com o intuito de ofertar um atendimento holístico e eficaz para a saúde bucal, melhorando a qualidade de vida, além de fornecer a prevenção de doenças crônicas e disseminar hábitos saudáveis[13].

Outro ponto a destacar é o papel da educação em saúde promovida como estratégia

essencial para a melhoria dos indicadores de saúde bucal. As campanhas realizadas em creches, escolas, as visitas domiciliares e atividades em salas de espera tornam-se espaços eficazes para a disseminação de informações pertinentes e para o desenvolvimento do autocuidado e mudanças de atitudes pelos beneficiários da educação em saúde[27].

Além disso, a PNSB ampliou a abrangência da ESB na Atenção Básica e a capacidade de resolutividade dos seus serviços por meio da criação de componentes estruturantes como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)[23,24].

Mesmo com os avanços e melhorias notórias, há desafios relevantes a serem superados. Entre eles, a escassez de recursos e a inadequação da estrutura física das UBS, que comprometem tanto a aquisição de materiais básicos quanto a qualidade do atendimento prestado[22]. Além do mais, a sobrecarga de trabalho, resultante de uma demanda superior à recomendada pela Associação Brasileira de Odontologia (ABO), pode comprometer a qualidade do atendimento, como também a efetivação de algumas atividades educacionais de promoção e prevenção da saúde que devem ser realizadas pelo CD[28].

Além disso, diversos profissionais ainda não recebem formação específica voltada à Atenção Primária, representando uma limitação significativa para a atuação efetiva do CD na ESF. A falta de capacitação adequada dificulta a aplicação do modelo de atenção integral, impactando diretamente na qualidade da assistência ofertada à população[24].

Apesar das contribuições relevantes, desafios ainda limitam sua atuação e capacidade de atendimento, como indivíduos residentes em áreas rurais ou distantes das UBS, ou até mesmo pacientes restritos ao leito, que enfrentam dificuldades para o acesso aos serviços ofertados[14].

DISCUSSÃO

Na presente revisão, evidencia-se que o trabalho do cirurgião-dentista (CD) dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) é influenciado por diversos fatores, como aspectos estruturais, formativos e organizacionais, os quais impactam de forma direta na qualidade do serviço ofertado para a comunidade. Observa-se que as potencialidades da atuação do CD estão fortemente relacionadas à reorientação do modelo assistencial defendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), operado pela Atenção Primária à Saúde[26,10].

O trabalho do CD, desenvolvido em conjunto com a equipe multiprofissional, tem como intuito a ampliação do cuidado integral e continuado, tendo em vista que o profissional passa a atuar na prevenção e promoção da saúde, favorecendo o diagnóstico precoce de agravos bucais. Dessa maneira, o CD deixa de ser apenas um executor de procedimentos curativos, passando a atuar de forma integrativa[26,10].

Segundo Araújo[17], é possível construir um vínculo entre a comunidade e o profissional da

saúde, levando em consideração a territorialização como uma oportunidade única para que o CD conheça as reais condições e necessidades dos indivíduos daquela localidade. Deste modo, busca-se respeitar os aspectos socioculturais da população, realizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma efetiva. Como destacado por Costa[36], a atenção integral ao paciente se concretiza, de maneira consistente, mediante a atuação do CD em contextos que vão além do atendimento clínico, como em ações de prevenção e promoção da saúde bucal e sistêmica.

Diversos estudos destacam a valorização do papel ampliado do CD como um diferencial dentro da ESF, como é enfatizado por Ramos[27]. Eles relatam que a estratégia central para promover a mudança de hábitos e construir a autonomia dos usuários desse serviço de atenção à saúde bucal é a educação em saúde. Frequentemente citada na literatura e na prática profissional, essa abordagem torna-se fundamental para o desenvolvimento de uma rotina consistente de autocuidado com a saúde bucal, e ela integra-se às atividades cotidianas do CD inserido na ESF. Além disso, Freitas[34] mostram que as atividades intersetoriais de promoção e prevenção de saúde promovidas pelos profissionais da saúde bucal em escolas, visitas domiciliares, campanhas de vacinação e ações ambientais são fatores de impacto dos CDs dentro da Atenção Primária.

Como limitantes da atuação do CD, Chaves[24] relatam em seu estudo que, apesar da complexidade da atenção primária no contexto da ESF, eles não recebem uma formação adequada para tal atuação. Considerando que essa prática necessita de uma abordagem integral e comunitária, a limitação na formação restringe a efetividade do trabalho dentro do território da UBS.

Tal fato é enfatizado por Oliveira[30] e Ferreira[25]; eles relatam que a capacitação continuada promovida pelos núcleos de educação e secretarias de saúde é apontada como boa estratégia para aperfeiçoamento das técnicas dos profissionais da saúde bucal.

Martins[33] traz estudos que demonstram a relevância do apoio da gestão para a efetivação do cuidado em saúde bucal. Esse apoio torna-se relevante, uma vez que o trabalho será efetuado em conjunto com as coordenações municipais, buscando suprir de forma regular os insumos necessários para os atendimentos. Essa organização fornece estabilidade e segurança, garantindo o bom desempenho do trabalho do CD. Ao se investir na capacitação dos profissionais, é notória a percepção de mudanças relevantes, como a padronização dos atendimentos, gerando um fluxo organizado que culmina na melhoria da qualidade do serviço ofertado à sociedade, no acolhimento dos usuários, que passa a ser realizado de forma mais humanizada. Essa transformação favorece a construção de boas relações, tendo como alicerces a empatia, o respeito e a escuta, elementos que os próprios usuários descrevem como de alta relevância para o cuidado efetuado com sucesso[32].

Manassero, Bradesco[37] enfatizam em seu trabalho que, apesar de todos os avanços

já alcançados, ainda existem desafios a serem superados, como a insuficiência de insumos odontológicos, a infraestrutura física precária das Unidades Básicas de Saúde e a sobrecarga de trabalho enfrentada por muitos CDs. Esses fatores comprometem o bom andamento dos serviços ofertados, diminuindo sua qualidade e gerando desgaste emocional e físico nos profissionais.

Além disso, segundo Chaves[24] e Pares[28], destaca-se outro fator limitante: a capacitação continuada desses profissionais de saúde. Embora seja de suma relevância, ainda existe uma grande carência, com predomínio de uma formação acadêmica direcionada ao modelo biomédico. Esse modelo pode dificultar a consolidação de práticas comunitárias integrais, exigindo ações efetivas por parte das instituições de ensino e dos gestores da saúde com o intuito de reverter esse cenário.

Tal constatação é corroborada por Barros[38], que evidencia que, em alguns contextos, há relatos que mostram que a atuação do CD dentro da equipe multiprofissional ainda é secundária. Os estudos analisados indicam que alguns desses profissionais ainda não adotaram plenamente o modelo de atenção com foco na prevenção e promoção da saúde, mantendo-se dentro de uma abordagem curativa. Essa conduta dificulta a inserção efetiva das políticas e diretrizes preconizadas para a atenção básica. Além disso, essa limitação provoca um atraso significativo na integração das ações de prevenção e promoção da saúde, além de restringir a participação do CD em visitas domiciliares, mantendo-o limitado ao atendimento clínico[29].

Almeida[31] mostra que outro ponto a ser destacado é a alta rotatividade dos profissionais, resultante da instabilidade dos vínculos contratuais devido à realização de processos seletivos em vez de concursos públicos. Essa situação contribui para a desvalorização do profissional, o que resulta em uma grande troca de CDs dentro das UBS, prejudicando a continuidade e a qualidade do cuidado ofertado à comunidade em questão. Isso é corroborado por Lima[35], que identificam a precarização das relações contratuais, ressaltando que a alta rotatividade prejudica a interação entre população e CD. Muitos desses contratos possuem valores baixos, o que contribui para a desvalorização do profissional e gera fatores que desestimulam a permanência nas equipes da ESF. Esses dados reforçam o impacto negativo na continuidade do cuidado, na efetividade do vínculo e nos indicadores de saúde bucal a longo prazo.

No decorrer da pesquisa, identificou-se outro aspecto crítico: a dificuldade de acesso físico aos serviços de saúde por parte dos indivíduos, especialmente os residentes de zonas rurais. Essa realidade impõe desafios tanto para a cobertura dos territórios quanto para o deslocamento até a UBS, tendo em vista as dificuldades geográficas e socioeconômicas[14]. Mesmo aqueles que conseguem se deslocar até as UBS podem não dar continuidade ao tratamento, devido a dificuldades como recursos financeiros para o transporte. Tais limitações reforçam a importância do planejamento territorial e da presença contínua da equipe de ESB nos territórios[14].

CONCLUSÃO

Dado o exposto, é notório que a inserção do cirurgião-dentista (CD) na Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe benefícios significativos à atenção básica. Sua atuação junto à equipe multiprofissional fortalece o vínculo com a comunidade e contribui para a integralidade do cuidado, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O CD atua não apenas na parte clínica, mas também em ações de promoção e prevenção, assegurando um atendimento resolutivo e humanizado à população adscrita às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Contudo, a revisão bibliográfica evidenciou que persistem desafios estruturais e organizacionais que limitam a efetividade da saúde bucal na ESF. Entre os principais entraves destacam-se a sobrecarga de trabalho, a infraestrutura precária, a carência de insumos e a ausência de capacitação voltada especificamente à atenção primária. Além disso, barreiras geográficas ainda comprometem o acesso da população aos serviços ofertados, especialmente em áreas rurais e de difícil acesso.

Nesse sentido, torna-se urgente o fortalecimento das políticas públicas de saúde bucal, com foco na melhoria das condições de trabalho, ampliação do acesso e qualificação contínua dos profissionais. Este estudo contribui para uma reflexão crítica sobre a prática odontológica no SUS, destacando a importância da valorização da equipe de saúde bucal e o papel estratégico do CD na atenção primária, oferecendo subsídios para o aprimoramento da gestão e das práticas formativas no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Almeida ER, Ferreira MAF, Tavares M. A inserção da saúde bucal na atenção básica: uma análise da prática odontológica. Cienc Saude Colet. 2010;15(Suppl 1):1635–42.
2.Almeida, E. R. et al. Atenção integral à saúde bucal na Atenção Primária: desafios e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 2, p. 449–456, 2020.
3.Araújo ME, Teles MAA, Rocha NS. Equipe multidisciplinar na atenção básica à saúde: uma análise da integração entre odontologia e saúde da família. Rev Bras Odontol. 2017;14(1):12– 7.
4.Associação Brasileira de Odontologia (ABO). Código de Ética Odontológica. Brasília: ABO; 2020.
5.Barros, J. R. et al. Inserção do cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais da ESF: desafios e perspectivas. Revista Brasileira de Saúde da Família, v. 15, n. 3, p. 215–223, 2021.
6. Batista AF. Processo de trabalho dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado de Santa Catarina. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2021.
7.Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União. 1990.
8.Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Estratégia Saúde da Família. Brasília: MS; 2012.
9.Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10.Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2010.
11.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2021.
12.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2017.
13.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2007.
14.Chaves, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003–2014: cenário, propostas, ações e resultados. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, 2017.
15.Costa, L. B. et al. Atenção integral à saúde bucal: uma abordagem para além do consultório. Revista Ciência Plural, v. 6, n. 2, p. 90–98, 2020.
16.Estrela C. Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa e conhecimento. 2. ed. Goiânia: AB; 2018.
17.Ferreira, F. et al. Protocolos clínicos em odontologia na Atenção Primária à Saúde. Revista de Saúde Pública, v. 52, p. 1–9, 2018.
18.Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um desafio para a atenção básica. Cienc Saude Colet. 2015;20(6):1629–38.
19.Freitas, M. T. et al. Ações intersetoriais de promoção da saúde bucal na atenção primária. Revista Ciência Plural, v. 8, n. 1, p. 37–46, 2022.
20.Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Pordeus IA, Allison PJ. Family Impact Scale (FIS):
psychometric properties of the Brazilian Portuguese language version. Eur J Paediatr Dent. 2009;10(3):141–6.
21.Lima, D. S. et al. Precarização dos vínculos de trabalho e desvalorização do profissional de saúde bucal. Revista Brasileira de Saúde Coletiva, v. 29, n. 3, p. 218–225, 2024.
22.Maio MC, Andrade JC, Lima LM. Revisão integrativa:

método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Braz J Health Rev. 2020;3(3):4390–4401.
23.Manassero, F.; Bavaresco, C. Inserção do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família: revisão de literatura. Revista da APS, v. 19, n. 2, p. 286–291, 2016.
24.Manassero, F.; Bradesco, C. Desafios na atuação do cirurgião-dentista na Atenção Básica: um estudo de caso. Revista Saúde Coletiva, v. 31, n. 1, p. 71–78, 2021.
25.Marra, P. S. Acesso à saúde bucal pública pelo paciente especial. Revista Brasileira de Odontologia, v. 71, n. 4, p. 252–256, 2014.
26.Martins, R. J. et al. Gestão e apoio às equipes de saúde bucal no SUS. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 34, n. 2, p. 159–165, 2021.
27.Matos EO, Oliveira C, Souza TA, Nascimento M, Souza TR. The importance of the performance of the Dental Surgeon in Primary Care in the Unified Health System. Braz J Health Rev. 2020;3(3):4383–95.
28.Mendes, A. O.; Oliveira, T. M. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares. Revista Saúde & Transformação Social, v. 6, n. 3, p. 52–60, 2015.
29.Moysés SJ, Moysés ST, Werneck RI, Gabardo MC. Atenção primária à saúde bucal no Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52:1–6.
30.Oliveira, A. C. S. et al. Capacitação continuada dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Revista de APS, v. 22, n. 2, p. 302–309, 2019.
31.Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Saúde Bucal 2019. Genebra: OMS; 2019.
32.Pares, M. D. et al. Sobrecarga de trabalho dos cirurgiões-dentistas na atenção básica. Revista de Odontologia da UNESP, v. 48, n. 1, p. 34–40, 2019.
33.Pereira, A. C. et al. Resistência ao modelo preventivo em saúde bucal. Revista de Saúde Coletiva, v. 29, n. 1, p. 119–126, 2019.
34.Peres MA, Fernandes LS, Peres KG. Epidemiologia da saúde bucal no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2019;22(Suppl 1):e190001.
35.Ramos, C. F. et al. Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 3, p. 1144–1151, 2018.
36.Silva Junior AG. Sistema Único de Saúde: desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec; 2000.
37.Silva, C. F. et al. Acolhimento e humanização na prática odontológica. Revista de Humanidades e Tecnologias, v. 8, n. 2, p. 88–94, 2021.
38.Soares, E.; Reis, S.; Freire, M. Características ideais do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família. Trabalho, Educação e Saúde, v. 12, n. 2, p. 327–341, 2014

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.

Tabela 2. Relação dos artigos utilizados.

Ano/Autor	Objetivo	Conclusão
1. Brasil[14]	Barreiras geográficas no acesso aos serviços.	Distância dificulta o acesso contínuo ao serviço.
2. Marra[20]	Dificuldades enfrentadas pelos pacientes especiais no SUS.	Atendimento prejudicado por baixa renda, transporte e tempo.
3. Mendes, Oliveira[21]	Impacto das visitas na equidade e humanização.	A visita proporciona equidade e atendimento humanizado.
4. Manassero, Bavaresco[22]	Falta de insumos e estrutura nas UBS.	Falta de materiais e estrutura limita a atuação.
5. Araújo *et al.*[17]	Criação de vínculo como facilitador da adesão ao tratamento.	Vínculo favorece a adesão e continuidade do cuidado.
6. Brasil[23]; Chaves *et al.*[24]	Relevância de políticas de apoio institucional.	Brasil Sorridente e CEOs ampliam o acesso à odontologia.
7. Chaves *et al.*[24]	Falta de formação voltada para a atenção primária.	Formação inadequada prejudica a abordagem integral.
8. Ferreira *et al.*[25]	Padronização como estratégia de organização dos serviços.	Protocolos otimizam fluxos e organizam o atendimento.
9. Soares *et al.*[26]; Moysés *et al.*[10]	Integração como estratégia de cuidado ampliado.	Integração fortalece cuidado compartilhado e resolutividade.
10. Ramos *et al.*[27]	Educação como transformação de hábitos e promoção de saúde.	Ações educativas transformam comportamentos de saúde.
11. Pares *et al.*[28]	Carga excessiva de atendimentos diários.	Sobrecarga compromete a qualidade e efetividade.
12. Ministério da Saúde[5]	Importância das visitas domiciliares no cuidado contínuo.	As visitas domiciliares favorecem a aproximação e fortalecem vínculos.
13. Pereira *et al.*[29]	Persistência de modelo curativista.	Modelo curativo limita ações preventivas.
14. Oliveira *et al.*[30]	Capacitações periódicas como incentivo à qualidade.	Capacitação melhora segurança técnica e satisfação profissional.
15. Almeida *et al.*[31]	Visão ampliada do cuidado com foco na integralidade.	Abordagem ampliada melhora resultados em saúde bucal e geral.
16. Almeida *et al.*[31]	Contratos instáveis e trocas frequentes de profissionais.	Alta rotatividade rompe vínculo com a comunidade.
17. Silva *et al.*[32]	Empatia e escuta ativa como base do acolhimento.	Acolhimento humanizado fortalece vínculo e adesão ao cuidado.
18. Martins *et al.*[33]	Gestão eficiente melhora o desempenho das equipes.	Apoio da gestão aumenta estabilidade e qualidade do serviço.
19. Freitas *et al.*[34]	Ações intersetoriais fortalecem o papel social da odontologia.	Participação em projetos sociais amplia impacto da ESF.
20. Lima *et al.*[35]	Baixa valorização e ausência de vínculos empregatícios.	Condições de trabalho precárias desestimulam a permanência.

Fonte: elaborada pela autora