

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

**Bruno Chaves de Vasconcelos
Kelly Nazareth Monteiro Meirelles**

ODONTOLOGIA NA COMUNIDADE E SAÚDE DA FAMÍLIA

Taubaté – SP

2022

Bruno Chaves de Vasconcelo
Kelly Nazareth Monteiro Meirelles

ODONTOLOGIA NA COMUNIDADE E SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Graduação, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientação: Prof. Dr. Mário Celso Peloggia

Taubaté – SP
2022

Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU

V331o Vasconcelos, Bruno Chaves de
Odontologia na comunidade e saúde da família / Bruno Chaves de
Vasconcelos , Kelly Nazareth Monteiro Meirelles. -- 2022.
29 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Odontologia, Taubaté, 2022.
Orientação: Prof. Dr. Mário Celso Peloggia, Departamento de
Odontologia.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Integração à comunidade. 3. Saúde
Pública. 4. Saúde da família. 5. Serviços odontológicos. I. Meirelles, Kelly
Nazareth Monteiro. II. Universidade de Taubaté. Departamento de
Odontologia. III. Título.

CDD – 617.601

Bruno Chaves de Vasconcelo
Kelly Nazareth Monteiro Meirelles

ODONTOLOGIA NA COMUNIDADE E SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Graduação, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientação: Prof. Dr. Mário Celso Peloggia

Data: 01/07/2022

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mário Celso Peloggia

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Edison Tibagy Dias de Carvalho Almeida

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Marcelo Gonçalves Cardoso

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Bruno Chaves de Vasconcelos

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por ter me proporcionado chegar até aqui. A minha família por toda a dedicação e paciência contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante esses anos. Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, em especial ao meu professor orientador. Agradeço também a minha instituição por ter me dado à chance e todas as ferramentas que permitiram chegar hoje ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

Kelly Nazareth Monteiro Meirelles

Agradeço a Deus por todas as coisas que ele esteve do meu lado, a minha avó por ter me incentivado a fazer odontologia, minha mãe que não pôde está aqui mais sei que está muito orgulhosa de mim nesse momento e nova etapa, meu pai que me ajudou a proporcionar esse sonho real, minha família, meus amigos que alguns mesmo de longe se faz presente sem medir esforços e sem dúvida a mim mesma por ter chegado aonde estou. Gostaria de agradecer muito o meu orientador Mário que desde quando entrei na faculdade me inspirou gostar desse tema, a minha banca que aceitou estar aqui e fez total parte da minha formação acadêmica e como pessoa também, obrigada por ter sido vocês meus professores, pois sem vocês não estaríamos aonde estamos agora, cada um plantou uma pequena semente e foi nos regando para estarmos aqui e isso é sensacional para mim. E agradeço ao Bruno Chaves por ser minha dupla e amigo, por ter me aguentado alguns semestres e não ter me abandonado em momento algum mesmo com as nossas diferenças, sei que não foi fácil esses anos mais pelo menos conseguimos fazer ficar mais leve juntos.

“A odontologia é uma profissão singular, exige dos que a ela se dedicam o senso estético de uma artista, a destreza manual de um cirurgião, os conhecimentos científicos de um médico e a paciência de um monge”.

Papa Pio XIII

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho é mostrar a importância da integração do Cirurgião Dentista na comunidade, pois muitas pessoas, infelizmente, não têm acesso com facilidade aos serviços de saúde e muito menos serviços odontológicos. O objetivo específico deste trabalho é expor e conscientizar sobre a necessidade de mais programas que auxiliem na promoção da Saúde Bucal de toda a comunidade, como por exemplo, através de análise, organização, planejamento, execução e avaliação de sistemas de saúde, dirigidos a grupos populacionais, com ênfase na promoção de saúde, e a ida do profissional às comunidades e a utilização de metodologias mais participativas, possibilitam o fortalecimento do vínculo com os moradores, um maior conhecimento da comunidade, e, conseqüentemente, o planejamento das atividades de promoção à saúde.

Palavras-chave: Odontologia, Comunidade, Acesso, Família, Saúde.

ABSTRACT

The general objective of this work is to present the importance of the integration of the dental surgeon in the community, because many people, unfortunately, do not have easy access to health services, mainly dental services. The specific objective of this work is to expose and raise awareness-raising about the need for more programs that promote oral health for the entire community, such as through analysis, organization, planning, execution, and evaluation of health systems, targeting population groups, with emphasis on health promotion, and the professional's visit to the communities and the use of more participatory methodologies make it possible to strengthen the bond with the residents, to have a better knowledge of the community, and, consequently, to plan and carry out health promotion activities.

Keywords: Dentistry, Community, Access, Family, Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	PROPOSIÇÃO	2
3	REVISÃO DA LITERATURA	3
4	DISCUSSÃO	14
5	CONCLUSÕES	18
	REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

Na Odontologia na Comunidade e Saúde da Família, a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe. Incorporar a saúde bucal é articular esse profissional a uma equipe de saúde e permitir a formação de vínculo com a população acompanhada para a identificação e o atendimento humanizado. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) finalizada no ano de 1998 apontam que uma parcela importante da população brasileira não tinha acesso aos serviços odontológicos, ou seja, até o ano de 1998, cerca de 20 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista. Isso representa algo em torno de 18,97% de pessoas que nunca tiveram acesso ao tratamento odontológico (BARROS; BERTOLDI, 2002 apud ANJOS et.al., 2011).

Ao constatar a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, o Ministério da Saúde (MS), em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal nas equipes de Saúde da Família o que resulta nos dias de hoje em uma reorientação do modelo de atenção em saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Posto isto, a proposta do presente trabalho foi realizar uma revisão da literatura científica sobre a odontologia na comunidade e saúde da família, destacando formas de prevenção e possíveis tratamentos.

2 PROPOSIÇÃO

Revisar a literatura científica sobre a odontologia na comunidade e saúde da família.

3 REVISÃO DA LITERATURA

OLIVEIRA & SALIBA, 2005, durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como escolares, por meio de programas voltados para a doença cárie e periodontal. O restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos. Por décadas, a política de saúde bucal no Brasil foi centrada na prestação de assistência à doença, e grande parte da população brasileira ainda não tinha acesso a cuidados odontológicos. A atenção odontológica deve ser inserida no PSF, atendendo aos princípios básicos do Plano de Reorganização das Ações em Saúde Bucal, na Atenção Básica, proposto pelo Ministério da Saúde, e a consolidação do Sistema Único de Saúde.

BALDANI et al., 2005, o fato de a Odontologia não estar presente desde o início do programa possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais co-relacionados, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das ESB.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004 apud ARAÚJO & DIMENSTEIN, 2006), a visita domiciliar é uma atividade de grande importância no âmbito da educação e prevenção. Possibilita o conhecimento da situação de saúde das famílias com uma maior profundidade; o desenvolvimento de ações promocionais e o acompanhamento de grupos.

BALDANI (2005 apud ANTUNES & NARVAI, 2008), a inclusão de ESB no PSF com o objetivo de diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal teve a sua concretização por meio da Portaria 1.444/GM de 2000, na qual o MS determinou o incentivo financeiro às Equipes de Saúde Bucal no PSF, com o intuito de buscar a construção de novos processos de trabalho voltados à família, considerando-a uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, em que ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais. Insere-se, assim, a Odontologia no programa, e conseqüentemente, a possibilidade de reorientar a atenção odontológica no Brasil. Mais importante do que desenvolver ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal é realizá-las racionalmente, com avaliações periódicas dentro da unidade e/ou consultório odontológico para saber se realmente estão sendo efetivas, e não simplesmente instituir um "pacote preventivo", o qual tem sido

implementado acriticamente pela maioria das ESB.

EMMI & BARROSO, 2008, a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação. As equipes de saúde bucal devem ser preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando à atuação para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais. Para isso é necessário que haja inicialmente uma modificação no paradigma da prática odontológica baseada no modelo cirúrgico- restaurador. É preciso, então, que sejam formados clínicos gerais com sólidos conhecimentos clínicos, mas também em saúde coletiva, para poder aliar a competência técnica ao compromisso social. Portanto, há a necessidade de ocorrer um treinamento do dentista antes de ser incorporado à equipe, proporcionando ao profissional a compreensão das políticas de saúde propostas pelo SUS, estimular a desmonopolização dos saberes de saúde bucal para o restante da equipe e capacitar o desenvolvimento de atividades em grupo, como educação em saúde, porque o sucesso dos programas destinados a elevar o nível de saúde bucal, depende fundamentalmente dos recursos humanos adequadamente preparados.

SANTIGO et al., 2009 A implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) está ocorrendo de forma gradativa, com base em estudos sobre a realidade local, critérios de risco, adesão dos profissionais e infraestrutura.

LOURENÇO et al., 2009, no que tange às ESF, como a implantação se deu tardiamente, há de serem consideradas as dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes do PSF, bem como diferenças nas formas de implantação das ESB.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, os benefícios dessas ações puderam ser constatados na última Pesquisa Nacional em Saúde Bucal, ocorrida em 2010. Conhecida como Projeto SB Brasil 2010, essa pesquisa foi coordenada pelo Ministério da Saúde e se constitui como importante instrumento da Política Nacional de Saúde Bucal, uma vez que seus resultados servem para identificar problemas e reorientar as estratégias de prevenção e assistência previstas nas diretrizes da ESF. Dentre os principais resultados apresentados no relatório da SB Brasil 2010, destacam-se os afetos à cárie dentária na faixa etária dos 12 anos, usualmente avaliada a partir do índice CPO-D (Cariado, Perdido e Obturado – Dente). A idade de 12 anos é utilizada

como referência internacional para o cálculo desse índice por ser a idade em que a dentição permanente está praticamente completa.

ANJOS et al. (2011, p. 602): “No atual contexto nacional em que se encontra o processo de ampliação das redes de atenção em saúde bucal, os brasileiros estão mais próximos das ações de assistência à saúde bucal, como também estão mais informados sobre os cuidados e preocupações com a saúde bucal. Diante da ampliação da Estratégia Saúde da Família, a Estratégia da Saúde Bucal vem mostrando-se como um potente instrumento disseminador de informações sobre cuidados com a saúde; porém tal fato, ao mesmo tempo que está associado a potencialidades, avanços e resolutividades, enfrenta também dificuldades e desafios.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, uma equipe de saúde bucal é composta por cirurgiões-dentistas, técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal. Embora esses profissionais atuem de forma conjunta, a Política Nacional de Atenção Básica discrimina atribuições específicas para cada função componente dessa equipe. Ao cirurgião-dentista, profissional central desta equipe, destacam-se, entre outras, as atribuições de se realizar o diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; e acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. Em relação aos técnicos de saúde bucal, a eles cabe, entre outras atribuições, coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos; participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais; realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; e proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares. Por último, ao auxiliar de saúde bucal é atribuído a função de realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas; processar filme radiográfico; e manipular materiais de uso odontológico.

FIGUEIREDO, 2013, o PCATool - Brasil possui propriedades de mensuração excelentes e validadas, enquanto o AMQ possui propriedades de mensuração ainda não validadas. O PMAQ representa uma importante iniciativa do MS em incorporar uma cultura de avaliação e de melhoria de qualidade nos serviços de saúde do Brasil, no entanto, os diferentes instrumentos que compõem o PMAQ ainda não possuem

uma versão validada. Ainda que a validação dos instrumentos seja uma característica metodológica importante para que se assegurem as propriedades de avaliação propostas, cabe ressaltar que o PCATool - Brasil é um instrumento voltado para a pesquisa de avaliação, e, portanto, requer maior rigor metodológico.

STEIN, 2013, acrescenta ainda que também é necessário levar em conta os conceitos definidos na literatura, assim como os fatores culturais, especialmente em estudos epidemiológicos e clínicos, além de rigor metodológico na execução do processo.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, o AMQ surge com a expectativa de introduzir no país uma cultura de avaliação nos serviços de saúde. Ele se constitui num instrumento de autoavaliação com elementos específicos para captar a percepção de gestores, profissionais e usuários com o objetivo de orientar a tomada de decisão.

PIMENTEL, 2014, o acesso parece também estar associado a uma composição de 1 ESB/ 1 ESF, prática não recorrente em boa parte dos municípios brasileiros.

MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015, observaram que 50% dos dentistas participantes da pesquisa faziam atendimento familiar e apenas 20,9% faziam uso de genograma. Outra atividade pouco executada pela ESB é a visita domiciliar.

SOBRINHO, 2015, em um estudo descritivo realizado a partir da análise dos dados do PAMQ-AB no estado de Pernambuco, o Cirurgião-Dentista (CD) é um dos profissionais que atua no acolhimento na unidade de saúde em 46,06% das equipes avaliadas e como um dos que utilizam agenda compartilhada em 78,5%. Em estudo recente, Lorena Sobrinho et al. (2015), identificou que apenas 29,89% das equipes do estado de Pernambuco relataram ter um CEO como referência. As especialidades de referência citadas foram: a endodontia (53,4%), a periodontia (49,1%), a cirurgia oral menor (46,1%), a estomatologia (36,5%), a ortodontia (8,1%), a implantodontia (1,5%) e a radiologia (39,6%). Em abril de 2016, 5.485 municípios, ou 124.620.494 de pessoas, passaram a ter a cobertura da ESF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, a ESF representa um esforço do Ministério da Saúde do Brasil (MS) no sentido de desenvolver uma política pública de saúde que estruture no país um modelo robusto de APS. Tal movimento representou, nos últimos 20 anos, um significativo esforço do MS. Em janeiro de 1998, apenas 739 municípios, ou 7.023.844 pessoas, eram cobertas pela ESF. Em abril de 2003, 4.276 municípios ou 57.850.892 pessoas eram cobertas, sendo que em abril de 2016, 5.485 municípios, ou 124.620.494 pessoas, estavam cobertas por esse programa. Isso demonstra, claramente, a aposta do MS na estruturação da APS no país a partir da ESF. Passados

mais de dez anos do lançamento do programa Brasil Sorridente, podemos observar concretamente uma forte expansão da cobertura dos serviços de saúde bucal. Em abril de 2003, eram 4.410 ESB modalidade I e 458 ESB modalidade II. Atualmente, são 23.338 ESB modalidade I e 2.244 ESB modalidade II.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, as atribuições do cirurgião-dentista (CD) na ESF passam por essa ação integral, ampliada e contínua, que alia a atuação clínica às práticas de saúde coletiva, assim, compete ao CD a coordenação de atividades coletivas, voltadas para o desenvolvimento da promoção e prevenção em saúde bucal, a capacitação da equipe da ESF, a participação em visitas domiciliares e a realização de atividades educativas, sempre ressaltando a importância do acolhimento e do vínculo.

OKUYAMA; SILVA, 2017, dentre os desafios da ESB, destaca-se a gestão do cuidado, que considera a abordagem integral, humanizada, com valorização dos profissionais, identificação das reais necessidades da população e otimização dos recursos e espaços disponíveis para o trabalho. Além desse, outro desafio que pode ser apontado é a falta de realização de diagnóstico de necessidades da população.

OKUYAMA; SILVA, 2017; Scherer, 2018, como a organização do processo de trabalho na odontologia tradicional não supre as necessidades dos profissionais, da população e nem das gestões municipais, uma vez que as ações estão concentradas no atendimento clínico no consultório odontológico, portanto, não-integral e meramente curativo, faz-se necessária uma reavaliação dessas práticas. As mudanças nos processos de trabalho do cirurgião-dentista na ESF envolvem um novo formato de trabalho em equipe, tanto na composição da Equipe de Saúde da Família, quanto da Equipe de Saúde Bucal (ESB). OKUYAMA; SILVA, 2017; PERUZZO, 2018; SCHERER, 2018), a potencialidade da equipe é compreendida como uma ferramenta de mudanças nos processos de trabalho, pois fortalece a integralidade, o acolhimento, o vínculo, a autonomia e a responsabilização; o trabalho em equipe multiprofissional potencializa as atividades desenvolvidas. OKUYAMA; SILVA, 2017; SCHERER, 2018, entretanto, os problemas e desafios para essa mudança estratégica se mantêm.

HIROOKA, 2017; MENDES JÚNIOR, 2015; Scherer, 2018, a falta de recursos materiais e insumos odontológicos constitui uma fragilidade no trabalho em saúde bucal, uma vez que dificulta ou mesmo impossibilita os atendimentos e procedimentos clínicos, gerando uma maior fila de espera.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, apesar dessa mudança estratégica, somente em 2004 efetiva-se uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), por meio do Programa Brasil Sorridente, voltada à ampliação e qualificação da saúde bucal na APS. Ao longo de muitos anos, as práticas de saúde bucal no SUS ocorreram de forma paralela, porém separadas do processo de organização dos demais serviços de saúde. Essa tendência vem sendo revertida por meio do esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde, a partir do compartilhamento de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde e para revisão das práticas assistenciais, considerando a abordagem familiar e a defesa da vida. Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais da AB se encontram a realização de atividades de educação em saúde à população adscrita aos territórios, segundo o planejamento da equipe, e a participação nas atividades de educação permanente. É perceptível que a ESB deve participar das atividades de promoção e educação em saúde, a fim de orientar a população sobre os problemas de saúde bucal e seus fatores de risco.

GOMES, 2019, a estrutura dos serviços de saúde, apesar de não se configurar como fornecedora do apoio necessário à realização das atividades, permitindo uma melhor percepção, análise e resolução dos problemas identificados, caracteriza-se como um fator importante de ser analisado, a fim de se potencializar espaços de debates e discussões sobre a ética nos serviços de saúde.

LEME, 2019, estudos apontam que o cirurgião dentista inserido na ESF não agregou mudanças em sua prática profissional, mantém ainda o conservadorismo hegemônico, hiper valorizando o curativismo e principalmente pouco integrado à equipe de saúde.

LEME, 2019; SSILVA, 2019, deve trabalhar sobre a ótica da territorialização considerando os aspectos epidemiológicos e demográficos, priorizando a perspectiva preventiva e promotora de saúde. O cirurgião dentista deve abandonar a mecanização repetitiva dos procedimentos técnico operatórios adotando postura inovadora no ato de cuidar, rejeitando o modelo centrado na doença e adotando uma nova proposta baseada na integralidade.

ALMEIDA, 2019; SCHIAVO, 2019, a redução do índice CPO-D foi detectada no último levantamento epidemiológico de dimensão nacional, porém a severidade da cárie e problemas periodontais se acentuam com o aumento da idade fazendo com que a perda precoce de elementos dentários seja uma marca da saúde bucal do brasileiro. (SCHIAVO, 2019) Inúmeros e sólidos estudos evidenciam que o estado de

saúde é influenciado pelo comportamento e condições socioeconômicas (ALMEIDA, 2019) e que no Brasil as desigualdades sociais dificultam o acesso à rede de cuidados odontológicos assim como às informações de saúde bucal.

SCHIAVO, 2019, admite-se que as interrelação saúde-doença são normatizadas pela multifatorialidade e que a promoção de saúde bucal deve ser construída baseando-se nas vivências já experimentadas pelos pacientes.

MATOS, 2020, a preocupação com a atenção à saúde básica no Brasil tem origem na década de 1970, durante o período do Regime Militar. As primeiras manifestações a respeito do tema surgiram junto com os movimentos sociais da época, como o estudantil e o da classe operária, que lutavam pela redemocratização do Brasil e pela conquista de direitos sociais. Dentro do contexto de saúde pública e direitos sociais, a primeira conquista desses movimentos foi a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), cujas propostas mais tarde serviriam como base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Com o tempo, o PSF evoluiu e passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF). Acompanhando essa evolução, a atuação de um cirurgião-dentista (CD) dentro da atenção à saúde básica ficou mais abrangente. A partir desse momento, há uma mudança no *modus operandi* do dentista dentro da rede pública de saúde, onde entende-se que a assistência odontológica deve atuar de forma mais preventiva, deixando de ser empregada apenas em momentos emergenciais. Com isso, a principal atribuição do cirurgião-dentista passou a ser o atendimento clínico voltado para a promoção da saúde, com ações para prevenir as doenças da cavidade oral, como cárie, gengivite, periodontite, dentre outras. No Brasil a preocupação com a atenção à saúde básica adveio em um momento posterior, mas precisamente na década de 1970. Seu surgimento está atrelado aos movimentos sociais da época, como o movimento dos estudantes e o das classes operárias, que tinham como propósito reverter a desigualdade social, decorrente de um regime totalitário, e restabelecer a democracia no país. Neste cenário de luta por direitos sociais, foi realizada a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que se caracterizou como um processo político com a aspiração de elaborar um Sistema Nacional de Saúde que atendesse às necessidades da população de forma igualitária e abrangente. Fruto da Reforma Sanitária Brasileira, em março de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Os debates de tal conferência tiveram como resultado propostas de mudança no setor da saúde e a definição do Sistema Único de Saúde (SUS), que já vinha sendo discutido em outros movimentos sociais. A CNS teve ampla participação da sociedade, que discutiu as questões relacionadas à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, o financiamento do setor

e a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. O conceito do SUS foi inserido na Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988 e regulado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, tendo como princípio constitucional a saúde como direito de todos e dever do Estado. É importante destacar que antes da criação do SUS o direito à saúde estava limitado aos cidadãos que contribuem com a previdência social ou aos que pagavam por uma assistência privada. Ao restante da população restava a assistência das organizações filantrópicas. Desta forma, conforme previsto na Constituição Federal, o SUS “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos seus serviços correspondentes”. Ainda de acordo com a lei suprema do Brasil, o SUS deve ser “organizado a partir da descentralização das ações; atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas; e a participação da comunidade.” Desde 1988 até os dias atuais o modelo de suporte a atenção básica adotado pelo SUS sofreu adaptações, que tiveram como objetivo principal colocar a família como elemento básico na assistência de saúde, focando na prevenção e na participação da comunidade. Para se aplicar e atender aos princípios propostos pelo SUS é necessário mais que conhecimentos técnicos, sendo importante também conhecer a proposta do sistema, suas orientações, seus desafios e os anseios da população. Somado a isso, a compreensão da saúde como um todo é fundamental, e questões sociais também devem ser contempladas. Ao longo dos anos o PSF evoluiu e passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), deixando de ser apenas um “programa”. Segundo Matos, este fato está relacionado com a sua “capacidade em orientar a organização do Sistema Único de Saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente.” As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foram apresentadas. Nelas houve uma reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, tendo como uma das suas aspirações qualificar a atenção básica, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização. Com a inserção do cirurgião-dentista (CD) na atenção básica, houve uma grande alteração no modelo de atendimento odontológico. Anteriormente, a atuação se concentrava muito dentro do consultório, através de um atendimento assistencialista com o objetivo apenas de tratar a dor do paciente. A inserção da equipe de saúde bucal na ESF trouxe à odontologia o cuidado e a prevenção com a família, por meio de visitas domiciliares e ações em escolas (Programa Saúde na Escola), com o objetivo de conscientizar a população da importância da saúde bucal. É importante destacar que os programas de assistência e conscientização em saúde bucal não tem como foco apenas as patologias orais mais comuns, como os problemas periodontais e as cáries, mas

também aos hábitos de vida que são nocivos à saúde da população e que podem desencadear doenças graves. Por meio das ações de conscientização dos malefícios do tabagismo e do consumo de bebida alcoólica ocorre a prevenção não só das doenças orais, mas também de problemas cardíacos, respiratórios e de câncer.

MORAIS, 2020; SOUSA, 2021, a busca por um modelo que garantisse os princípios doutrinários da integralidade e universalidade, defendidos pelo do SUS, fez com que o Ministério da Saúde criasse em 1994 o Programa Saúde da Família (ESF), que foi baseado na experiência exitosa vivenciada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991. Mais tarde passou a ser denominada como Estratégia Saúde da Família (ESF) norteando a APS e tem sido o alicerce deste novo modelo de atenção à saúde, utilizando-se da dinâmica da territorialização, da multiplicidade de saberes e da humanização para combater o hospitalocentrismo predominante que impunha a irracionalidade dos recursos associada à ineficiência de resultados.

MORAIS, 2020; PEREIRA, 2021, somente seis anos mais tarde as Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram inseridas à ESF com o desafio de redirecionar a assistência para as famílias, rompendo drasticamente com o curativismo e a hipervalorização do biologicismo tecnológico, comprovadamente excludentes.

CAYETANO, 2019; SILVA, 2019; PROBST, 2020, a PNSB é um símbolo da saúde bucal coletiva, tornou-se nacionalmente reconhecida como Brasil Sorridente e fortaleceu a APS graças ao considerável aumento do número de ESB, implantou os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), responsáveis pelo atendimento nas especialidades de endodontia, cirurgia oral menor e periodontia, responsabilizando também pelos pacientes com necessidades especiais e diagnóstico precoce do câncer oral. Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) foram a solução do Brasil Sorridente em resposta à demanda reprimida apresentada por adultos e idosos. Em 2010 os CEO passaram a abranger também os tratamentos ortodônticos e implantes dentários.

GABRIEL et al (2020), demonstram que o Brasil Sorridente incentivou a implantação de ESB nos municípios brasileiros. Observando o histórico de implantação das Equipes de Saúde Bucal na atenção primária nos municípios brasileiros e cobertura populacional estimada observamos um aumento de 118% em um período de treze anos destacando que no ano de 2015 esta modalidade assistencial já estava presente em quase 90 % das cidades brasileiras.

NOCE, 2020, a necessária ressignificação do trabalho em saúde bucal relaciona-se com práticas de gerenciamento que promovam, além da capacitação técnica, as habilidades relacionais indispensáveis para a execução e valorização do trabalho em equipe. Políticas públicas devem ter o mesmo objetivo, adequando os currículos dos diferentes cursos da área de saúde.

MARIN, 2020, sob as considerações da Psicologia da Saúde a análise comportamental facilita o entendimento das variantes que influenciam o comportamento das pessoas diante do processo saúde-doenças. A individualidade é marcada pela existência de meandros peculiares que determinam a inter-relação entre as reações e atitudes comportamentais que favorecem ou impedem o estabelecimento de bons estados de saúde.

MENEZES, 2021, apesar do bom desempenho do Brasil Sorridente o quantitativo de equipes de Saúde da Família continua ainda bem superior ao número de equipes de Saúde Bucal. Considerando o período entre 2002 e 2018, o número de equipes de Saúde da Família passou de 16.734 para 42.975, aumentando a cobertura de 31,9% para 64%. Neste mesmo período a Saúde Bucal que possuía 4.261 equipes passou a contar com 26.712 equipes, ampliando a cobertura de 15% para 40%. A disparidade de cobertura ainda persiste demonstrando que a odontologia ainda não está disponibilizada para um número significativo de pessoas já assistidas pela ESF.

ALVES, 2021, a equipe odontológica inserida na ESF deve promover o amplo acesso à assistência integral, resolutiva e de qualidade e associar a prática clínica à saúde coletiva, cuidando dos indivíduos e famílias

LEME, 2019; SILVA, 2021, há de combater ainda a continuidade da clínica tradicional praticada no ambiente da ESB visto que os principais agravos à saúde bucal são caracterizados pela cronicidade e vinculados aos determinantes sociais de saúde. A garantia de mudanças profundas nesse contexto está na dependência de que o usuário exprima as necessidades assistenciais percebidas por ele e que assuma uma posição construtiva na elaboração dos projetos terapêuticos singulares preventivos e curativos.

BARBOSA, 2021, nesse contexto, a literacia em saúde contribui evidenciando que indivíduos ao atribuir significado às informações de saúde recebidas irão processar diferentes habilidades e competências. Daí a importância de repensar as táticas de comunicação que sejam mais próximas dos saberes, valores e crenças das pessoas.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2022, a Política de Saúde Bucal orientou o modelo assistencial com a implantação de uma rede assistencial que articula os três níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária), as ações multidisciplinares e intersetoriais. Na APS a atenção em saúde bucal é ofertada pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade I ou II inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou por equipes de atenção primária em trabalho conjunto com as ESF. Na APS incluem-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em promoção e proteção à saúde insere-se um conceito amplo de saúde que pode ser desenvolvido no nível individual e coletivo. Nas ações de recuperação insere-se o diagnóstico e o tratamento de doenças bucais de competência da APS.

4 DISCUSSÃO

A educação para a saúde bucal também faz parte dos programas de saúde pública. Na prática, no entanto, tem-se observado que os profissionais envolvidos nos programas apresentam dúvidas sobre o que fazer. Muitas vezes atuam apenas como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais, nem sempre observando a realidade do local. Portanto, apesar do esforço realizado, não se consegue obter o impacto esperado. Esse tipo de trabalho tem sido praticado pelas ESBs, porém, sempre foi abordado de maneira tradicional, sem a participação da comunidade nesse processo. As ações educativas realizadas pelos cirurgiões-dentistas se restringem, na maioria das vezes, a palestras ou vídeos educativos. Nas escolas, os temas de saúde bucal são pouco explorados pelos professores e que não há uma articulação entre as equipes de saúde bucal e estas instituições sobre a discussão ampliada e problematização desses temas. Os métodos preventivos tradicionais estão ancorados em percepções do modo de aprender baseado na memorização de informações, o que não satisfaz o objetivo maior, que é a transformação do conhecimento em algo com revelação expressiva, capaz de efetivar-se em geração de autonomia dos próprios cuidados com a saúde. Sabe-se da importância da educação para o controle das doenças bucais e, para isso, é necessária uma integração e articulação do setor da saúde com o setor da educação. Todavia, atualmente, não existe uma normatização das estratégias preventivas para a Odontologia. Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo. É fundamental o relacionamento com os demais integrantes, como o médico e o enfermeiro. O dentista, através de reuniões de equipe, pode passar informações de saúde bucal para estes profissionais, que vão repassá-las a seus pacientes. Na esfera da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a ESF. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida para enfrentar, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença, e desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos. (AERTS & ABEGG, 2004).

A cobertura populacional municipal, perfil profissional, ações desenvolvidas por CD, ações desenvolvidas por auxiliares, visitas domiciliares, coordenação do cuidado.

(BALDANI MH, 2005).

Em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o MS propôs como estratégia de reorganização da atenção básica à saúde, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. (BALDANI, 2005, apud ANTUNES & NARVAL, 2008).

As atribuições do cirurgião-dentista têm como: Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Realizar supervisão técnica do TSB e ASB;
- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF;
- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita;
- Realizar o atendimento da demanda espontânea;
- Melhorar as condições de saúde bucal de nossos usuários;
- Assegurar o acesso de todas as famílias residentes no território adscrito;
- Avaliar a qualidade das ações desenvolvidas e o resultado obtido;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando um atendimento humanizado;
- Participar das ações de planejamento e avaliação da Equipe;

- Estimular a manutenção e melhoria das condições da saúde bucal;
- Reduzir a incidência de doenças bucais mais prevalentes;
- Identificar as necessidades e as expectativas da população em relação à saúde bucal;
 - Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas;
 - Realizar exame clínico para conhecer a situação epidemiológica e procedimentos restauradores para tratá-las;
 - Capacitar as Equipes no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
 - Capacidade de diagnosticar o risco e fazer o procedimento adequado (tratar ou encaminhar);
 - Desenvolver programas em todas as faixas etárias para prevenir as doenças bucais e/ou recuperar a saúde perdida:
 - ✓ 0-5 anos;
 - ✓ adolescentes;
 - ✓ gestantes;
 - ✓ puérperas;
 - ✓ adultos;
 - ✓ diabéticos e hipertensos;
 - ✓ idosos (BRAGA, 2007).

Práticas feitas por equipes de saúde bucal, como ações de promoção e prevenção, integração com a equipe de Saúde da Família, referência e contra. (PIMENTEL 2010).

Por meio da pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada. Motivo da consulta e satisfação da consulta. (SILVA M, 2012).

Tratamento restaurador, Tratamento da dor, Tratamento mutilador, ações preventivas, ações individuais, ações preventivas coletivas. (PEREIRA CRS, 2012)

Os cadernos de Saúde Pública. Tempo da última consulta. Ações de cuidados preventivos e curativos realizadas pelo TSB. (OLIVEIRA, 2014).

E também os cadernos de Saúde Pública. Cobertura 1ª consulta odontológica. Cobertura ação coletiva de escovação dental supervisionada, procedimentos odontológicos básicos individuais, proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais. (PIMENTEL 2014).

O processo de trabalho interdisciplinar de uma ESF a partir de um processo terapêutico. (SILVEIRA F, 2014).

O registro de atividades. (OLIVEIRA 2014)

Acolhimento agenda compartilhada; Atendimento à demanda espontânea.; realização de Avaliação de risco; Protocolo para agenda. Existência de serviços de referência. (SOBRINHO JEL, 2015).

Ele tem como a visita Domiciliar. (MORAES 2015).

Atividades no âmbito individual no consultório: aplicação tópica de flúor, orientação de higiene bucal. Âmbito Coletivo: Grupos escolares. Aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada, orientação supervisionada. (ALMEIDA 2019).

A inserção da equipe de saúde bucal na ESF trouxe à odontologia o cuidado e a prevenção com a família, por meio de visitas domiciliares e ações em escolas (Programa Saúde na Escola), com o objetivo de conscientizar a população da importância da saúde bucal. Por meio das ações de conscientização dos malefícios do tabagismo e do consumo de bebida alcoólica ocorre a prevenção não só das doenças orais, mas também de problemas cardíacos, respiratórios e de câncer. (MATOS, 2020).

Discutir e analisar as orientações das mantenedoras das escolas privadas da educação básica. (ALVES, 2020).

E os procedimentos executados. (PEREIRA 2021).

5 CONCLUSÕES

Após a revisão de literatura científica pode-se concluir que:

A Odontologia possui à sua disposição um leque de conhecimentos e ações que enriquecem seu trabalho cotidiano. As atividades educativas feitas na estratégia saúde da família permitem uma troca de saberes entre comunidade- profissional. A ida do profissional ao território de atuação e a utilização de metodologias mais participativas possibilitam o fortalecimento do vínculo com os moradores, um maior conhecimento da comunidade, e, conseqüentemente, o planejamento das atividades de promoção da saúde. Dessa forma, o cuidado é vivenciado por todos os sujeitos participantes da prática realizada. Porém, esta não é uma tarefa fácil para o dentista, mas através do trabalho em equipe multiprofissional e da intersectorialidade é viável construir projetos terapêuticos coletivos. Por fim, destaca-se a necessidade de processos formativos que incluam conteúdos propositivos para a mudança paradigmática da atuação do cirurgião-dentista, em especial, quando de sua inserção na Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

Pinto, V.G. **Saúde bucal no Brasil**. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v17n4/06.pdf>>. Acesso em: 19 jun.2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa.

Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <<https://blog.dentalspeed.com/saude-e-bem-estar/saude-bucal-alem-da-estetica-a-importancia-da-saude-coletiva/>>.

Braga, W.T et al, eds. **Atenção em saúde bucal**. 2.ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.

Antunes, J.L.F; Narvai, P. C. **Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre a desigualdade em saúde**. Brasil, 2008. Disponível em:<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/noticias/em-10-anos-cai-78-o-numero-de-brasileiros-que-nunca-foram-ao-dentista/> Acesso em: 19 jun. 2022.

Pimentel FC, Martelli PJL, Araújo Junior JLA, Acioli RML, Macedo CLV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [acessado em: 19 jun. 2022]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400033>

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: **condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010**: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010**. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf> Acesso em: 19 jun. 2022.

APCD, Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, **revista odontológica**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Stein AT. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(1):179-181, jan-mar 2013.

Schiavo, D.A.R.; Lucitto, D.A.; Piertobon, L. Hábitos de higiene bucal, condições de saúde bucal e acesso a serviços odontológicos de escolares em Bozano, Rio Grande do Sul. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS

[Internet]. Brasília: MS; 2015 [acessado em: 19 jun. 2022]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>.

Hirooka, L. B. *et al* Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 101-13, abr-jun. 2017.

Okuyama, H. C. H. Y.; Silva, R. H. A. Gestão do cuidado em Odontologia: limites e potencialidades das ações na Estratégia Saúde da Família. *Revista da ABENO*, v. 17, n. 4, p. 133-143, 2017.

Peduzzi, M.; Agreli, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v. 22, supl. 2, p. 1525-34, 2018.

Peruzzo, H. M. *et al* Os desafios de se trabalhar em equipe na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery* Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018.

Scherer, C. I. *et al* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *SAÚDE DEBATE* Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 233-246, out. 2018.

Cayetano, M.H. *et al*. Política nacional de saúde bucal brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. *Universas odontológica*; 38(80): 1-23, 2019. ilus, tab. Artigo em Português. LILACS, COLNAL. ID: biblio-994756. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/jdelgado,+UO2019v38n80_05_Cayetano_etal.pdf.

Leme, P.A.T. *et al*. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. *Physis (Rio J.)*; 29(1): e290111, 2019. Tab. Artigo em Português. LILACS. ID: biblio-1012766. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/DjpcLLdTVLXZwgjLvZy66kv/?lang=pt>

Gomes, D.; Zoboli, E. L. C.; Finkler, M. Problemas éticos na saúde bucal no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290208, 2019.

Morais, H.G.F. *et al*. Saúde bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019. *Revista baiana de saúde pública*; 44(1): 181-196, jan./mar. 2020. 20200813. Artigo em Português. LILACS. ID: biblio-1253174. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3177/2820>

Revista Rede de Cuidados em Saúde; 13(2): [30,43], 2019.12.15. Artigo em Português. LILACS. ID: biblio-1047232. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/5643-15701-2-PB.pdf>

Gabriel, M. *et al*. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciência e saúde coletiva* 25 (3). Mar 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.14532018>

Integração ensino-serviço-comunidade em Odontologia: um estudo cultural. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24/e200166/pt>.

Acesso em: 19 jun.2022.

Matos, E. M. O. *et al.* Importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.3, n.3, p. 4383 – 4395, mai./jun. 2020.

Marin, R.; FALEIROS, P.B.; MORAES, A.B.A. Como a análise do comportamento tem contribuído para área da saúde? *Psicologia, ciência e profissão*; 40: 1-13, jan.-maio 2020. Ilus. Artigo em Português | LILACS, Index Psicologia. Periódicos. ID: biblio-1102212. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3ZWWMPH66kXmQmrfx9=pdf&lang=pt>

Noce, L.G.A. *et al.* Fatores restritivos e motivadores para o trabalho em equipe na atenção primária à saúde. *Bioscience Journal*. (Online); 36(2): 672-680, 01-03-2020. Artigo em Inglês. LILACS. ID: biblio-1146437. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1146437/42427-article-text-218986-1-10-20200211.pdf>

Alves, H.F.C. *et al.* Interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre as ações de promoção de saúde bucal. *Saúde e Sociedade*; 30(3): e200648, 2021. Artigo em Português. LILACS-Express. LILACS.: biblio-1290083. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3VJ48DPktBhXb6JZsfT6LMv/?lang=pt>

Menezes, L.S. *et al.* Estudo comparativo entre indicadores assistenciais de saúde bucal na Atenção Básica em Recife, Pernambuco. *Saúde em debate*; 45(128): 152-163, jan.-mar. 2021. tab. Artigo em Português. LILACS-Express. LILACS. ID: biblio-1252224. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3bRXhp9jn9bD9sCg6PY3Kvn/?lang=pt>

Occhiuzzo, A.R.S.; Lemos, M.S.; Silva, M.F.O.C. Concepções sobre saúde mental infantojuvenil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista SPAGESP*; 22(1): 67-82, ene.- jun. 2021. Artigo em Português. LILACS. Index Psicologia. Periódicos. ID: biblio-1155515. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio1155515>.

Saúde Bucal, 2022, 5 de novembro de 2019, 16:15. Atualizado em 21 de março de 2022, 9:34. Disponível em: <https://ww.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1760-saude-bucal-2022>.