

A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: BASES NORMATIVAS, POLÍTICAS PÚBLICAS E PRÁTICAS NO SUS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.134112613016>

Luis Felipe Pupim dos Santos

Danielly Marcatto Azevedo

Valéria Cristina Lopes de Barros Rolim

José Antonio Santos Souza

Luciana Estevam Simonato

Vinícius Franzão Ganzaroli

Daniella Filié Cantieri Debortoli

Caio Vinicius Lourenço Debortoli

Juliana Dela Líbera

Samuel Lucas Fernandes

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), estrutura-se a partir da articulação integrada de ações e serviços de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação, organizados de forma regionalizada e hierarquizada, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990). Nesse arranjo, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a principal porta de entrada do sistema e como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela longitudinalidade das ações em saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002). Isto significa que é a APS é a responsável por articular o usuário nos diferentes níveis de atenção, não deixando de ser a responsável pela continuidade do cuidado, mesmo que em outros pontos da rede.

No Brasil, a consolidação da APS ocorre, prioritariamente, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo assistencial orientado pelo trabalho em equipe multiprofissional, pela adscrição territorial, pelo vínculo com a população e pela centralidade da família e da comunidade no processo de cuidado. A ESF rompe com práticas fragmentadas e centradas exclusivamente na doença, ao incorporar uma abordagem ampliada do processo saúde-doença, fortemente influenciada pelos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017; GIOVANELLA et al., 2012; MENDES, 2011; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nesse cenário, a atuação do cirurgião-dentista (CD) na saúde pública alcance nuances antes inexistentes. Historicamente, a Odontologia brasileira foi marcada por um modelo assistencial restrito, curativista e excludente, voltado majoritariamente ao alívio da dor e ao atendimento em consultório, o que resultou em profundas desigualdades no acesso aos serviços odontológicos. Somente a partir dos anos 2000, com a incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) à ESF, o Estado brasileiro passou a reconhecer institucionalmente a saúde bucal como parte indissociável da atenção integral à saúde (NARVAI; FRAZÃO, 2008; BRASIL, 2004; PUCCA JÚNIOR et al., 2009; REIS et al., 2015). Ou seja, a saúde bucal adentrou os territórios através das Unidades Básicas de Saúde, no mais alto grau de capilarização, e deixou de ser algo elitizado, ou de acesso restrito.

A inserção do CD na APS implicou uma mudança paradigmática na prática odontológica, exigindo do profissional a ampliação de seu núcleo de saber e a articulação com outros campos do conhecimento e da prática em saúde. O cuidado deixa de ser centrado exclusivamente no procedimento técnico e passa a considerar o território, a família, a comunidade e as singularidades dos sujeitos, demandando novas competências éticas, políticas e relacionais (CAMPOS, 2000; MERHY, 2002; LUZ; TOASSI, 2016; BRASIL, 2008).

Assim, compreender a importância do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde requer a análise de seus fundamentos normativos, das políticas públicas que sustentam sua atuação e das práticas desenvolvidas no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS), especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; SOUZA et al., 2011).

Com o exposto, este capítulo tem como objetivo discutir o histórico, importância e características da atuação do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde (APS), à luz das políticas públicas, marcos legais e evidências científicas, por meio de uma revisão narrativa da literatura, destacando o papel da Estratégia Saúde da Família na consolidação da saúde bucal como componente da atenção integral no SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza teórica e qualitativa, desenvolvido a partir de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem analítico-descritiva, cujo foco foi a atuação do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. A escolha pela revisão narrativa justifica-se pela necessidade de integrar diferentes tipos de evidências, sendo elas normativas, conceituais, históricas e políticas, permitindo uma análise ampliada e contextualizada do objeto de estudo, característica fundamental em estudos voltados à formulação e à análise de políticas públicas em saúde.

A revisão contemplou documentos oficiais, marcos legais, políticas públicas, portarias ministeriais, cadernos técnicos, bem como produções científicas nacionais e internacionais relacionadas à Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, saúde bucal coletiva e organização do processo de trabalho do cirurgião-dentista no SUS. Foram incluídos documentos normativos estruturantes do sistema de saúde brasileiro, como a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Bucal, além de portarias que regulamentam o financiamento, a organização das Equipes de Saúde Bucal, os Centros de Especialidades Odontológicas e a Rede de Atenção à Saúde Bucal.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed, além de repositórios institucionais do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Utilizaram-se, de forma combinada, descritores controlados e palavras-chave em português e inglês, tais como: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, Cirurgião-Dentista, Política Nacional de Saúde Bucal, Primary Health Care, Oral Health e Family Health Strategy.

Os critérios de inclusão abrangeram publicações científicas, documentos técnicos e normativos que abordassem diretamente a organização da APS, a inserção da saúde bucal no SUS e a atuação do cirurgião-dentista na Atenção Primária, priorizando materiais publicados a partir dos anos 2000, período que marca a institucionalização das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Foram também incluídas obras clássicas da Saúde Coletiva e da Atenção Primária consideradas fundamentais para a compreensão teórica do tema, independentemente do ano de publicação. Excluíram-se trabalhos que não apresentavam relação direta com o objeto do estudo ou que abordavam exclusivamente contextos não relacionados ao sistema público de saúde brasileiro.

A análise do material selecionado ocorreu de forma crítico-interpretativa, buscando identificar convergências, tensões e avanços nas concepções sobre a atuação do cirurgião-dentista na APS, bem como sua relação com os princípios

do SUS, a organização das Redes de Atenção à Saúde e os modelos assistenciais vigentes. Os conteúdos foram organizados em eixos temáticos, contemplando: (i) fundamentos normativos e legais da Atenção Primária à Saúde; (ii) institucionalização da saúde bucal no SUS; e (iii) práticas e atribuições do cirurgião-dentista na Unidade Básica de Saúde.

Por se tratar de um estudo baseado exclusivamente em fontes secundárias de domínio público, sem envolvimento direto de seres humanos, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

I. Fundamentos normativos e legais da Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde no Brasil não emerge como um modelo pronto e acabado, mas como resultado de um processo histórico, político e normativo, profundamente vinculado à construção do Sistema Único de Saúde. Sua consolidação está diretamente relacionada às disputas em torno do projeto de saúde inscrito na Constituição Federal de 1988, que rompeu com o modelo previdenciário, fragmentado e excludente, vigente até então, ao afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 estabeleceu as bases do SUS ao definir princípios como universalidade, integralidade e equidade, além de diretrizes organizativas fundamentais, como a descentralização, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação social. Ainda que o texto constitucional não utilize explicitamente a expressão “Atenção Primária à Saúde”, ele delineia um modelo de organização do sistema no qual o primeiro nível de atenção assume papel estratégico na coordenação do cuidado e na ordenação da rede de serviços (BRASIL, 1990).

A regulamentação infraconstitucional desse modelo ocorre com a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. A Lei nº 8.080/1990 define a organização e o funcionamento do SUS, atribuindo ao sistema a responsabilidade pela execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, articuladas de forma integrada. Já a Lei nº 8.142/1990 institucionaliza os mecanismos de participação social e estabelece as regras para o financiamento intergovernamental, elementos centrais para a sustentação da Atenção Primária no território (VIANA et al., 1998).

Nos anos 1990, entretanto, a APS ainda se apresentava de forma incipiente e heterogênea no país. A organização da atenção básica era marcada por programas verticalizados, baixa resolutividade e forte dependência de ações focalizadas. Nesse contexto, destaca-se a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, que inaugura uma lógica territorializada de cuidado e aproxima o sistema

de saúde das comunidades, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade social (VIANA et al., 1998).

Em 1994, o Ministério da Saúde institui o Programa Saúde da Família (PSF), considerado um marco na reorganização da atenção básica no Brasil. Inspirado em experiências internacionais de atenção primária e em práticas comunitárias já existentes no país, o PSF propõe a substituição do modelo tradicional centrado no atendimento ambulatorial por uma estratégia baseada no acompanhamento longitudinal das famílias, no trabalho em equipe multiprofissional e na responsabilização sanitária sobre territórios definidos. Ainda que inicialmente concebido como programa, o PSF já expressava elementos estruturantes da APS, como a adesão de clientela, o vínculo e a integralidade do cuidado (BRASIL, 1997).

Ao longo da década de 1990 e início dos anos 2000, o fortalecimento da APS ocorre de forma gradual, impulsionado por normativas ministeriais, incentivos financeiros e processos de descentralização. A criação do Piso da Atenção Básica (PAB), em 1998, representa um avanço significativo ao garantir financiamento regular e automático para os municípios, permitindo maior autonomia na organização das ações de atenção básica e fortalecendo a capacidade de gestão local.

A consolidação conceitual da Atenção Primária à Saúde no Brasil ganha maior densidade nos anos 2000, especialmente com o reconhecimento da Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica. A substituição gradual do termo “programa” por “estratégia” reflete o entendimento de que a ESF não se trata de uma intervenção temporária, mas de um modelo permanente de organização do sistema de saúde. Essa mudança é acompanhada pela ampliação da cobertura da ESF, pela inclusão de novas categorias profissionais nas equipes e pelo fortalecimento da lógica territorial.

Nesse período, a APS passa a ser concebida não apenas como nível de atenção, mas como ordenadora do cuidado e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde. Essa concepção é formalmente incorporada às normativas do SUS com a publicação da Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde. A APS é definida como o centro de comunicação das redes, responsável pela coordenação dos fluxos assistenciais, pelo acompanhamento longitudinal dos usuários e pela garantia da integralidade da atenção (BRASIL, 2010).

A institucionalização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, representa um marco normativo fundamental e o mais importante para a consolidação da APS no país. A PNAB sistematiza princípios, diretrizes e atributos da atenção básica, reafirmando a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário e definindo responsabilidades das equipes, dos gestores e das esferas de governo. A política explicita atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato,

longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, dialogando diretamente com o referencial teórico internacional da Atenção Primária (BRASIL, 2006).

A PNAB passa por revisões importantes em 2011 e 2017, refletindo tanto avanços quanto tensões no campo da saúde pública. A versão de 2011 reforça a centralidade da ESF, amplia o escopo das ações da APS e consolida a noção de cuidado integral orientado pelo território. Já a PNAB de 2017, instituída pela Portaria nº 2.436, introduz mudanças significativas, como a flexibilização da obrigatoriedade da ESF como modelo único de organização da atenção básica, o que gerou amplo debate entre pesquisadores, gestores e trabalhadores do SUS. Ainda assim, mantém-se o reconhecimento da APS como porta de entrada preferencial do sistema e como coordenadora do cuidado (GIOVANELLA et al., 2020).

Paralelamente às mudanças normativas, a APS no Brasil passa a incorporar de forma mais explícita a abordagem dos determinantes sociais da saúde, reconhecendo que as condições de vida, trabalho, renda, educação e moradia influenciam diretamente o processo saúde-doença. Essa perspectiva amplia o escopo da atuação das equipes, exigindo práticas intersetoriais, ações de promoção da saúde e maior articulação com políticas públicas fora do setor saúde (BUSS et al., 2007).

Nos anos mais recentes, a reorganização do financiamento da Atenção Primária, com a instituição do modelo Previnha Brasil em 2019, representa uma nova inflexão no desenvolvimento da APS. Baseado em critérios de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos a ações estratégicas, o novo modelo reafirma a centralidade da APS no SUS, ao mesmo tempo em que introduz desafios relacionados à equidade, à territorialização e à sustentabilidade do cuidado longitudinal (BRASIL, 2019).

Assim, os fundamentos normativos e legais da Atenção Primária à Saúde no Brasil revelam um processo dinâmico, marcado por avanços institucionais, tensionamentos políticos e redefinições conceituais. Desde os anos 1990, a APS vem se consolidando como eixo estruturante do SUS, sustentada por um arcabouço jurídico-político robusto que reconhece o território, o vínculo e a integralidade como elementos centrais do cuidado. Esse percurso histórico-normativo constitui a base sobre a qual se organiza a atuação das equipes de saúde, incluindo a saúde bucal, e orienta as práticas desenvolvidas no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde.

II- Institucionalização da saúde bucal no SUS

A institucionalização da saúde bucal no Sistema Único de Saúde constitui um dos movimentos mais significativos da saúde pública brasileira nas últimas décadas, especialmente por enfrentar uma trajetória histórica marcada pela exclusão, pela fragmentação da assistência e pela centralidade de um modelo curativista restrito

ao atendimento de urgência, principalmente representado por extrações dentárias. Até o final do século XX, a odontologia no setor público brasileiro caracterizava-se por ações pontuais, de baixa cobertura populacional, voltadas majoritariamente ao alívio da dor e à extração dentária, sem integração efetiva com os demais níveis de atenção e sem reconhecimento da saúde bucal como componente da atenção integral à saúde (NARVALI; FRAZÃO, 2008).

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha estabelecido a saúde como direito de todos e dever do Estado, a incorporação da saúde bucal ao SUS ocorreu de forma tardia e gradual. Durante os primeiros anos de implantação do sistema, as ações odontológicas permaneceram à margem das prioridades institucionais, refletindo tanto a herança histórica de um modelo assistencial excludente quanto a ausência de diretrizes nacionais claras para a organização e financiamento da atenção em saúde bucal (PUCCA JÚNIOR et al., 2009).

Um marco inicial relevante nesse processo foi a inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, a partir do ano 2000, por meio de incentivos financeiros federais específicos. Essa decisão representou o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que a ampliação do acesso à atenção odontológica deveria ocorrer prioritariamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em consonância com os princípios do SUS e com a lógica territorial da ESF. A inclusão da saúde bucal nas equipes multiprofissionais rompeu, ainda que de forma progressiva, com a lógica de isolamento da odontologia no sistema de saúde (BRASIL, 2000).

A institucionalização da saúde bucal ganha densidade normativa e política com a formulação e publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, um dos documentos mais importantes para a saúde bucal no Brasil, no contexto do programa Brasil Sorridente. A PNSB estabelece, pela primeira vez, um projeto nacional estruturado para a saúde bucal no SUS, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social. Essa política reafirma a Atenção Primária como ordenadora do cuidado em saúde bucal e propõe a reorganização das práticas odontológicas a partir do território, da vigilância em saúde e da promoção da saúde (BRASIL, 2004).

As diretrizes da PNSB propõem a superação explícita do modelo assistencial centrado no procedimento e na queixa principal, ao enfatizar ações coletivas, educativas e preventivas, articuladas ao cuidado clínico individual. Nesse sentido, a política reconhece a necessidade de ampliação do escopo de atuação do cirurgião-dentista, incorporando práticas interdisciplinares, trabalho em equipe e ações voltadas a grupos prioritários, como crianças, gestantes, idosos e populações em situação de vulnerabilidade social (PUCCA JÚNIOR et al., 2009), além da inclusão e consolidação das ações preventivas.

Outro aspecto central da institucionalização da saúde bucal no SUS refere-se à organização da atenção especializada. A partir de 2004, o Ministério da Saúde instituiu os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), regulamentados por portarias específicas, com o objetivo de ampliar o acesso a procedimentos odontológicos de média complexidade. Os CEO passam a integrar a Rede de Atenção à Saúde Bucal, oferecendo serviços como endodontia, periodontia especializada, cirurgia oral menor, atendimento a pacientes com necessidades especiais e diagnóstico bucal com ênfase na detecção precoce do câncer de boca, articulados à Atenção Primária por meio de fluxos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

A criação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) constitui outro avanço importante no processo de institucionalização da saúde bucal, ao incorporar a reabilitação protética como componente da atenção integral. A ampliação da oferta de próteses dentárias no SUS responde a um histórico de elevados índices de edentulismo na população brasileira, especialmente entre adultos e idosos, contribuindo para a recuperação funcional, estética e psicossocial dos usuários (BRASIL, 2011).

No campo do financiamento, a institucionalização da saúde bucal no SUS foi acompanhada pela criação de incentivos específicos para a implantação e manutenção das Equipes de Saúde Bucal, dos CEO e dos LRPD, inicialmente vinculados ao Piso da Atenção Básica (PAB). Esses mecanismos de financiamento representaram um avanço ao garantir maior previsibilidade e sustentabilidade às ações de saúde bucal, além de fortalecer a autonomia dos municípios na organização da rede de serviços (BRASIL, 2011).

Nos anos mais recentes, a incorporação da saúde bucal ao modelo de financiamento da Atenção Primária, por meio do programa Previne Brasil, reforça seu caráter estratégico no SUS. A inclusão do acompanhamento odontológico das gestantes como indicador de desempenho evidencia o reconhecimento da relação entre saúde bucal e desfechos materno-infantis, além de fortalecer a atuação do cirurgião-dentista no cuidado longitudinal e na articulação com as demais equipes da APS (BRASIL, 2019).

Do ponto de vista institucional, a consolidação da saúde bucal no SUS também se expressa na produção de documentos técnicos e normativos, como o Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal, que orienta o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária. Esse documento reafirma a centralidade do território, do vínculo e da vigilância em saúde, além de explicitar as atribuições do cirurgião-dentista, do técnico e do auxiliar em saúde bucal, contribuindo para a padronização das práticas e para a qualificação do cuidado (BRASIL, 2008).

Aprofundando quanto ao Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal, ele rege que o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal deve estar fundamentado na lógica da territorialização, da adscrição de famílias e do cuidado longitudinal, articulando ações clínicas individuais com práticas coletivas de promoção e prevenção em saúde. As atribuições da ESB extrapolam o atendimento odontológico tradicional, incorporando o acolhimento, a escuta qualificada, o planejamento das ações a partir do diagnóstico do território e a participação ativa no trabalho em equipe multiprofissional.

O documento enfatiza que a atuação do cirurgião-dentista, do técnico e do auxiliar em saúde bucal deve contemplar ações de vigilância em saúde, educação em saúde, prevenção dos principais agravos bucais e atendimento clínico resolutivo, priorizando grupos populacionais mais vulneráveis e situações de maior risco. Destaca-se, ainda, a importância das visitas domiciliares, das ações em espaços comunitários e escolares, bem como da articulação com a Rede de Atenção à Saúde Bucal, garantindo o encaminhamento oportuno e a continuidade do cuidado. Desta maneira, fica nítida as especificidades do trabalho de um CD na APS, com diferenças inclusive com profissionais do CEO. A APS é a porta aberta, é o território e vínculo. A Equipe de Saúde bucal não deve ficar restringida ao trabalho em cadeira odontológica. Compreender essa característica é essencial para que os profissionais direcionem suas condutas no sentido de contemplar a Atenção Básica em seu sentido mais amplo, filosófico, normativo e técnico.

Assim, a institucionalização da saúde bucal no Sistema Único de Saúde configura-se como um processo histórico marcado por avanços normativos, decisões políticas estratégicas e reorganização das práticas assistenciais. Ao ser incorporada de forma estruturante à Atenção Primária à Saúde e articulada às redes de atenção, a saúde bucal deixa de ocupar um lugar periférico no sistema e passa a integrar, de maneira indissociável, o projeto de atenção integral à saúde preconizado pelo SUS (NARVAI; FRAZÃO, 2008; GIOVANELLA et al., 2012).

III- Práticas e atribuições do cirurgião-dentista na Unidade Básica de Saúde

A atuação do cirurgião-dentista (CD) na Unidade Básica de Saúde insere-se no conjunto de práticas da Atenção Primária à Saúde, orientadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde e pelas diretrizes da Estratégia Saúde da Família. Nesse nível de atenção, o trabalho do CD ultrapassa a lógica tradicional do atendimento clínico individual e passa a integrar um processo de cuidado ampliado, contínuo e territorializado, voltado às necessidades reais da população adscrita (BRASIL, 2017).

As atribuições do cirurgião-dentista na APS estão diretamente relacionadas à organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal, conforme orientações expressas na Política Nacional de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal. Esses documentos definem que o CD deve atuar de forma integrada à equipe multiprofissional, participando do planejamento das ações, da análise da situação de saúde do território e da construção de estratégias coletivas de intervenção, em consonância com os princípios da integralidade e da longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2008; BRASIL, 2017).

No âmbito da prática clínica, o cirurgião-dentista na UBS é responsável pela realização de atendimentos individuais resolutivos, contemplando ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das principais condições bucais prevalentes, como cárie dentária, doença periodontal, lesões de mucosa, traumatismos dentoalveolares e dor orofacial. Todavia, diferentemente do modelo assistencial tradicional, a clínica na APS deve ser orientada por uma abordagem ampliada, que considere o contexto social, familiar e territorial do usuário, reconhecendo a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença (CAMPOS, 2000; MERHY, 2002).

A incorporação dos princípios da Odontologia Minimamente Invasiva constitui elemento central da prática do CD na Atenção Primária. Estratégias como o Tratamento Restaurador Atraumático (TRA), o controle não operatório da cárie, a valorização de ações preventivas e o uso racional de tecnologias leves e leve-duras dialogam diretamente com os pressupostos da APS, ao priorizar a preservação das estruturas dentárias, a redução do sofrimento e a ampliação do acesso aos serviços odontológicos (CHIBINSKI; BALDANI; WAMBIER, 2014).

Além do atendimento clínico, o cirurgião-dentista desempenha papel fundamental no desenvolvimento de ações coletivas de promoção da saúde bucal. Essas ações incluem atividades educativas em escolas, creches, instituições de longa permanência para idosos e outros equipamentos sociais do território. Tais práticas visam à construção de autonomia dos sujeitos, ao fortalecimento do autocuidado e à redução dos fatores de risco associados às doenças bucais, como dieta inadequada, higiene deficiente e hábitos deletérios (BRASIL, 2011).

O acompanhamento de grupos prioritários constitui outra atribuição estratégica do CD na UBS. Destaca-se, nesse contexto, o cuidado às gestantes, por meio do pré-natal odontológico, reconhecido como ação essencial para a promoção da saúde materno-infantil. A literatura evidencia a relação entre condições bucais, como doença periodontal, e desfechos adversos na gestação, reforçando a importância da inserção do cirurgião-dentista no cuidado integral à gestante, em articulação com médicos e enfermeiros da equipe (PUCCA JÚNIOR et al., 2009; BRASIL, 2019).

As visitas domiciliares também integram o conjunto de práticas do cirurgião-dentista na Atenção Primária, especialmente em situações que envolvem usuários acamados, pessoas com deficiência, idosos dependentes ou indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Essa atividade possibilita maior aproximação com a realidade das famílias, favorece a construção de vínculo e amplia a compreensão dos condicionantes sociais que interferem na saúde bucal e geral dos usuários (BRASIL, 2008).

A participação ativa do CD nas reuniões de equipe configura-se como elemento essencial para a efetivação do trabalho interdisciplinar na UBS. Esses espaços coletivos permitem a discussão de casos, a construção de projetos terapêuticos singulares e o planejamento conjunto das ações no território. A atuação integrada com agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos fortalece a coordenação do cuidado e contribui para a resolutividade da Atenção Primária (GIOVANELLA et al., 2012).

Outro aspecto relevante da prática do cirurgião-dentista na UBS refere-se à articulação com a Rede de Atenção à Saúde Bucal. Cabe ao CD da APS coordenar o cuidado odontológico, realizando o encaminhamento adequado para os Centros de Especialidades Odontológicas quando necessário, bem como acompanhar o retorno do usuário ao nível primário por meio da contrarreferência. Essa função reafirma o papel da APS como ordenadora do cuidado e evita a fragmentação da atenção (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). Mesmo encaminhado para a atenção secundária, o usuário nunca deixa de ser responsabilidade da APS.

É importante evidenciar que, no contexto de atenção em rede, o adequado funcionamento do processo de referência e contrarreferência é condição indispensável para a efetivação da integralidade do cuidado. Quando os serviços de atenção secundária não funcionam de forma oportuna ou apresentam fluxos assistenciais fragmentados e pouco resolutivos, a Atenção Primária à Saúde tem sua capacidade de coordenação do cuidado comprometida, acumulando demandas que extrapolam seu escopo de atuação. A morosidade ou a inexistência de retorno dos atendimentos especializados fragiliza o acompanhamento longitudinal do usuário, interrompe a continuidade do cuidado e limita a corresponsabilização entre os diferentes pontos da rede, impedindo que a APS exerça plenamente seu papel de ordenadora do sistema e de referência sanitária para a população adscrita.

Por fim, a atuação do cirurgião-dentista na Unidade Básica de Saúde deve estar comprometida com os princípios éticos, políticos e sociais que orientam o SUS. O trabalho cotidiano na APS exige do profissional competências que vão além do domínio técnico-científico, incluindo a capacidade de escuta, o reconhecimento das singularidades dos sujeitos, o respeito à diversidade e o compromisso com a redução das iniquidades em saúde. Nesse sentido, o cirurgião-dentista afirma-se como ator estratégico na consolidação da Atenção Primária à Saúde e na efetivação do direito à saúde bucal no Brasil (LUZ; TOASSI, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória de institucionalização da Atenção Primária à Saúde no Brasil evidencia que sua consolidação não se deu de forma linear ou isenta de disputas, mas como resultado de um processo histórico, político e normativo marcado por avanços, tensionamentos e reconfigurações ao longo das últimas décadas. Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde pelas Leis Orgânicas da Saúde, a APS vem se afirmando como eixo estruturante do sistema, responsável pela coordenação do cuidado, pela ordenação das redes de atenção e pela aproximação entre serviços de saúde e território.

Nesse percurso, a incorporação da saúde bucal ao SUS representa uma conquista histórica de grande relevância social e sanitária. A superação progressiva de um modelo assistencial restrito, curativista e excludente, em direção a uma atenção odontológica orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, foi possibilitada por decisões políticas estratégicas, pela criação de marcos normativos específicos e pelo fortalecimento da Atenção Primária como espaço privilegiado de cuidado. A Política Nacional de Saúde Bucal e a inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família configuram-se como pilares desse processo, ao reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da atenção integral à saúde.

A análise das práticas e atribuições do cirurgião-dentista na Unidade Básica de Saúde demonstra que sua atuação na APS exige a ampliação do escopo tradicional da odontologia, incorporando dimensões clínicas, coletivas, educativas e territoriais. O trabalho em equipe multiprofissional, a construção de vínculo com a população, o acompanhamento longitudinal e a articulação com a Rede de Atenção à Saúde Bucal reafirmam o papel estratégico do cirurgião-dentista na coordenação do cuidado e na promoção da saúde. Nesse contexto, a clínica odontológica deixa de ser compreendida apenas como espaço de intervenção técnica, passando a integrar uma lógica de cuidado ampliado, orientada pelas necessidades reais dos sujeitos e pelos determinantes sociais da saúde.

Dessa forma, fortalecer a atuação do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde implica não apenas garantir recursos e estruturas adequadas, mas também investir na formação crítica dos profissionais, na valorização do trabalho em equipe e na defesa do projeto de saúde inscrito no SUS. A consolidação da saúde bucal como componente essencial da atenção integral à saúde depende, em última instância, do compromisso político e ético com a redução das iniquidades sociais e com a construção de um sistema de saúde público, universal e de qualidade para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 599, de 23 de março de 2006**. Define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 600, de 23 de março de 2006**. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASILa. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASILb. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CHIBINSKI, Ana Carolina; BALDANI, Márcia Helena; WAMBIER, Diogo Seixas. Tratamento Restaurador Atraumático na atenção básica à saúde: uma revisão de literatura. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 43, n. 5, p. 359–366, 2014.

GIOVANELLA, Ligia et al. **Política e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano; ALMEIDA, Patty Fidelis. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020.

LUZ, Madel Therezinha; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Formação e trabalho em saúde: desafios para a odontologia na atenção básica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 521–532, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PUCCA JÚNIOR, Gilberto Alfredo et al. Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: avanços, limites e desafios. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 13–27, 2009.

PUCCA JÚNIOR, Gilberto Alfredo et al. Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: avanços, limites e desafios. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 13–27, 2009.

REIS, C. et al. Inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1757–1767, 2015.

SOUZA, M. F. et al. Estratégia Saúde da Família: desafios da atenção integral no SUS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 36–45, 2011.

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

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 11–21, 1998.