Práticas e Cuidado:
Revista de Saúde Coletiva
ISSN: 2675-7591

RELATO DE EXPERIÊNCIA

PERDA DENTÁRIA SOB INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TOOTH LOSS UNDER THE INFLUENCE OF SOCIAL HEALTH DETERMINANTS: EXPERIENCE REPORT

Brena Teixeira Costa [1]
Verbênia Silva Conceição [2]
Marcela Beatriz Aguiar Moreira [3]

Manuscrito recebido em: 10 de outubro de 2023.
Aprovado em: 05 de dezembro de 2025.
Publicado em: 09 de dezembro de 2025.

Resumo
Introdução: A ocorrência da perda dentária tem sido suscitada pelo agravamento de condições bucais, bem como relacionada aos determinantes sociais de saúde, afinal, estes interferem na continuidade do cuidado em saúde bucal. **Objetivo:** Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo relatar a atuação de cirurgiã-dentista, residente em Saúde da Família, na atenção à saúde bucal, com ênfase na prática recorrente de perda dentária, sob influência dos determinantes sociais de saúde, em indivíduos acompanhados em Unidade de Saúde da Família (USF), em município da Bahia. **Método:** Trata-se de relato de experiência desenvolvido por residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS / FIOCRUZ, em um município da Bahia, entre março/2019 e fevereiro/2021. **Resultados:** A vivência ocorreu em USF, com usuários assistidos pelas Equipes de Saúde da Família, no âmbito do acolhimento à demanda espontânea, atendimentos odontológicos, dentre outros cuidados. Os dados foram obtidos em registros do serviço de saúde e a partir da vivência profissional da residente. **Conclusão:** Diante dessa experiência, destaca-se a predominância da perda dentária como fato odontológico recorrente na Atenção Primária à Saúde e o quão está imbricada com a determinação social em saúde, levando à reflexão o papel do contexto social na susceptibilidade às doenças bucais.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Saúde Bucal; Atenção Primária à saúde.

Abstract
Introduction: The occurrence of tooth loss has been caused by the worsening of oral conditions, as well as related to social determinants of health, after all, these interfere in the continuity of oral health care. **Purpose:** In this perspective, this study aims to report the performance of a dental surgeon, resident in Family Health, in oral health care, with emphasis on the recurrent practice of tooth loss, under the influence of social health determinants, in individuals monitored in the Family Health Unit (FHU), in the municipality of Bahia. **Method:** This is an experience report developed by a resident of the Multiprofessional Residency Program in Family Health of FESF-SUS / FIOCRUZ, in the municipality of Bahia, between March / 2019 and February / 2021. **Results:** The experience took place at the FHU, with users assisted by the Family Health Teams, in the context of welcoming spontaneous demand,

[1] Especialista em Saúde da Família pela Fundação Estatal Saúde da Família. Odontóloga na Rede Municipal de Saúde de Luís Eduardo Magalhães.
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1195-825X E-mail: brenacosta@live.com
[2] Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6663-161X E-mail: verbeniasc@gmail.com
[3] Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2545-2121 E-mail: marcelabeatriz01@gmail.com

dental care, among other care. Data were obtained from health service records and from the resident's professional experience. **Conclusion:** In view of this experience, the predominance of tooth loss as a recurrent dental practice in Primary Health Care stands out, and the extent to which it is intertwined with social determination in health, leading to reflection on the role of the social context in susceptibility to oral diseases.

Keywords: Social Determinants of Health; Oral health; Primary health care.

INTRODUÇÃO

A atuação do Cirurgião-Dentista (CD) na Atenção Primária à Saúde (APS), se consolidou através da criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004 e do seu fortalecimento enquanto Política de Estado que promete as equipes de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) como um dever permanente do SUS [1]. Historicamente, no Brasil, o acesso aos serviços odontológicos públicos e privados tem sido extremamente limitado e difícil para a maioria da população [2]. Para além disso, o CD tem a formação acadêmica, em sua grande maioria, voltada para o modelo biologicista, com a predominância de tecnologias intervencionistas, curativistas e com a vivência clínica focada em consultório odontológico, ligada a questões comerciais, e, por conseguinte, essas condutas podem ser reproduzidas nos serviços públicos de saúde [3].

Em contrapartida, a PNSB tem possibilitado, ainda que em estágio inicial, uma reorientação do modelo de atenção, além de uma expansão do acesso ao serviço odontológico, sendo um importante instrumento para a melhoria na qualidade de vida e diminuição das desigualdades em saúde, através de ações de promoção de saúde, prevenção aos agravos, recuperação e reabilitação. Além disso, a referida política permitiu o acesso aos serviços especializados, como Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, o que promoveu uma melhora nos indicadores de saúde bucal do Brasil [4]. A exemplo disso, dados apontam que entre 2003 a 2006 houve um aumento de 254% das equipes de saúde bucal, 398% dos CEOs, mudando o perfil da Odontologia no país, com redução das doenças bucais [2].

O levantamento epidemiológico em saúde bucal (SB Brasil 2003), realizado em 2003, elucida o perfil da prática odontológica de ações essencialmente clínicas, com enfoque em procedimentos restauradores e mutiladores – a exemplo de exodontia,

demonstrando atenção insuficiente para responder às necessidades de saúde bucal da população [5]. Com o advento do Brasil Sorridente, em 2004, o perfil de saúde bucal da população brasileira teve um enfoque mais preventivo em detrimento da prática mutiladora, sendo estimuladas à adoção de medidas coletivas de prevenção de agravos bucais [6].

Todavia, no último inquérito nacional sobre a saúde bucal da população (SB Brasil 2010), executado em 2010, identificou-se que a perda dentária ainda estava predominante, sendo avaliada pelo parâmetro da necessidade de reabilitação protética, o que evidenciou que na população idosa, entre 65 e 74 anos, 23,9% necessitam de reabilitação com prótese total em um dos maxilares e 15,4% nos dois, e reiterou, a perda dental como o principal agravo à saúde bucal ocorrido nesta faixa etária [7]. Destarte, a ocorrência da perda dentária pode ser suscitada por meio do agravamento de algumas condições bucais, como a cárie dentária e a periodontite[7], sob influência da determinação social em saúde. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) compreendem fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam os problemas de saúde e seus fatores de risco, levando a reflexão sobre a influência do ambiente social na susceptibilidade às doenças, inclusive aquelas associadas à boca [8].

Como aponta Botazzo [9] (2006), o conceito de bucalidade leva à discussão a boca como território, como parte da representação social de maneira singular para cada indivíduo, estando assim, presente no processo de saúde-doença. Dessa forma, a saúde bucal é interligada à qualidade de vida, visto que a perda dentária resulta na redução das competências funcionais do sistema estomatognático, problemas nutricionais, estéticos e psicológicos que podem afetar as relações de trabalho e pessoais [4]. Assim, os DSS estão intimamente associados à baixa assistência odontológica no Brasil, uma vez que populações situadas em locais com baixo nível socioeconômico exibem, na maioria das vezes, dificuldades no acesso ao serviço de saúde e condições de saúde deficientes [10].

A inserção do Cirurgião-Dentista na Saúde da Família permite uma significativa melhoria nos serviços prestados na APS, executando ações comprometidas com as premissas desse sistema, promovendo uma remodelação às atuais práticas profissionais e na organização do trabalho. De acordo com Magnago e Pierantoni,

torna-se possível realizar atenção integral, humanizada, através da compreensão da realidade do território e melhor trabalho em equipe descontinuando o modelo flexneriano de formação, o qual é baseado na prática individualista e curativista, impossibilitada de ultrapassar o espaço do consultório odontológico [11].

Nesse contexto, trazer a reflexão das práticas odontológicas na Atenção Primária à Saúde na atualidade, considerando a perspectiva da determinação social da perda dentária, constitui-se a principal motivação deste relato. Afinal, faz-se necessário compreender como os determinantes sociais da saúde interferem na continuidade do cuidado em saúde bucal e, além disso, podem elucidar a dificuldade de acesso à atenção odontológica, fomentando o predomínio de procedimentos mutiladores, que resulta em uma grande população de desdentados e, por conseguinte, influencia diretamente suas relações pessoais e sociais.

Embora seja instituído um cenário normativo favorável, os avanços ainda são incipientes no tocante à saúde bucal, e mesmo diante das dificuldades de financiamento e da formação profissional em modelo biomédico dominante, é salutar a compreensão dos cirurgiões-dentistas que atuam na saúde pública e gestores acerca da interrelação desses fatores determinantes e a busca por estratégias que minimizem e modifiquem essa realidade.

Assim, esse trabalho tem como objetivo, relatar a atuação de cirurgiã-dentista, residente em Saúde da Família, na atenção à saúde bucal, com ênfase na prática recorrente de perda dentária, sob influência dos determinantes sociais de saúde, em indivíduos acompanhados em Unidade de Saúde da Família, em município da Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de relato de experiência, realizado com abordagem qualitativa de natureza descritiva, caracterizado como relato de experiência, da atuação de Cirurgiã-Dentista, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em atenção à saúde bucal, vinculada a uma Unidade de Saúde da Família (USF), situada em um município da Bahia, no período entre março de 2019 e fevereiro de 2021.

A Unidade de saúde referida possui três Equipes de Saúde da Família (EqSF), contendo médicos clínicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, profissionais do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) – incluindo psicólogas, nutricionistas, fisioterapeuta e professor educação física, sanitarista, auxiliares em saúde bucal (ASB), técnicas de enfermagem, agentes comunitários (ACS), servidores municipais, além do corpo pedagógico, a considerar preceptoria e apoio pedagógico, vinculados ao programa de residência. Como oferta de serviços incluem-se: acolhimento à demanda espontânea, pré-natal, puericultura, atendimentos odontológicos e atendimentos com a equipe NASF.

Com ênfase ao contexto local, salienta-se que o município apresenta população em torno de 304.302 habitantes e uma área territorial de 785,421 km² [12]. A USF localiza-se em bairro periférico da cidade, o qual surgiu no final da década de 1970, através de uma ação de ordenamento do centro para o bairro, realizada pela prefeitura. Possui aproximadamente 30 mil habitantes segundo o IBGE[12] (2020) e o local tem como característica principal o crescimento desordenado e alta rotatividade de moradores.

Ao iniciar a residência, realizou-se o processo de territorialização, e foi identificado uma população em extrema vulnerabilidade social, com baixo acesso aos serviços de saúde e, principalmente, aos serviços odontológicos, visto que a única unidade de saúde do bairro não supria a demanda necessária. No primeiro ano em curso, foram encontradas diversas dificuldades, visto que a USF não possuía estrutura física adequada para a atuação dos profissionais. No final desse período, a unidade de saúde de referência mudou de local e foi inaugurada com melhorias estruturais, todavia, a falta de muitos insumos e de manutenção de equipos continuaram impedindo uma maior oferta do serviço odontológico.

Durante os dois anos supracitados, a considerar os processos de trabalho, principalmente no que concerne ao acolhimento à demanda espontânea e a clínica em odontologia, houve a predominância de uma prática odontológica ainda curativista e focada no processo de adoecimento, o que piorou ainda mais após a pandemia da COVID-19. O procedimento mais indicado e realizado para a situação clínica dos usuários do serviço foi a exodontia, visto que, a sua grande maioria quando indicada para realizar tratamento endodôntico não possuía condições financeiras para realização do mesmo e o único CEO do município que já não supria a demanda, ficou fechado durante a pandemia.

Para a descrição do relato, recorreu-se aos registros das planilhas digitadas e atualizadas pelos profissionais de odontologia da unidade, onde eram registrados todos os dados dos pacientes e procedimentos realizados, para posterior lançamento no e-sus. Também foram utilizados os registros feitos no portfólio individual, registrado no AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem) da Residência Multiprofissional.

Além disso, com vistas a subsidiar o aporte teórico da temática abordada, foi realizada uma busca na literatura por meio das bases de dados eletrônicas Bireme, Scielo, BVS, no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021, utilizando os descritores: "Determinantes Sociais da Saúde. Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde", os quais foram previamente consultados no Medical Subject Headings (MeSH)/Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Ademais, foram atendidas as normas dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde[13], não sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa posto que se trata de relato de experiência reflexivo.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), proporciona vivências e aprendizados que nenhuma universidade é capaz de entregar no decorrer da graduação, tanto no tocante à prática clínica odontológica, quanto no que concerne ao entendimento da visão sobre o paciente como um todo. Inclusive, o processo propicia ao profissional uma percepção do quanto a odontologia ainda é escassa para a grande maioria da população em vulnerabilidade, e compreende como isso reforça e mantém as práticas curativas e uma população desdentada.

Ao iniciar o processo formativo, muitos profissionais saem diretamente da graduação, sem experiência na saúde pública e com diversas expectativas de aprendizado na Saúde da Família (SF). Contudo, o que é vivenciado no exercício configura uma realidade distante dos conceitos da promoção e prevenção a saúde, que tem como objetivo reorientar o modelo assistencial vigente, pois, na prática, existem muitos obstáculos encontrados no SUS real, como falta de organização, recursos, infraestrutura, insumos, equipes incompletas e falta de formação em SF, fato este que está de acordo com diversos achados na literatura [14-16].

Na experiência relatada, os residentes do primeiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela FESF-SUS em 2019, foram alocados para uma unidade de saúde localizada em bairro periférico, sem implementação do programa de residência, com atuação em conjunto com servidores municipais. Nesse cenário, mesmo sem estrutura física e sem espaço adequado para atendimentos básicos, foram iniciadas as atividades em campo, com subsídio de fluxos organizacionais, construídos pela equipe, de acordo com as políticas do SUS, e vivenciadas a organização dos processos de trabalho para garantir àquela população universalidade, equidade e integralidade.

A territorialização, iniciada juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), caracterizados pelo processo social e político importante para a concretização dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil [17], permitiu a percepção dos residentes sobre as condições de vida e saúde daquela população, além do discernimento sobre a dinâmica viva do processo de saúde-doença da população adscrita.

A desigualdade social está entre um dos quinze problemas que comprometem o futuro da humanidade e a maior parte dos estudos ecológicos demonstram que independente da forma de avaliação (clinicamente avaliada ou autorreferida) as condições de saúde da população que está situada num nível socioeconômico mais baixo, via de regra, exibem condições de saúde deficitárias e o padrão é o mesmo quando se refere à saúde bucal. Por isso, o acesso a uma boa condição de saúde bucal perpassa múltiplos aspectos em indivíduo dentro de um contexto biopsicossocial, consideradas imprescindíveis à sobrevivência que não podem ser avaliadas separadamente. A conjuntura da saúde integra as condições de vida ao conceito absoluto de saúde/doença. Assim é possível observar que a condição socioeconômica reverbera expressivamente no adoecimento da população [10].

A baixa renda normalmente está associada a um baixo grau de educação, a um estilo de vida pouco saudável, ao baixo acesso à educação e informação, a falta da devida importância atribuída à saúde e os seus cuidados, por isso, a renda familiar é condição indireta à susceptibilidade à doença cárie e a uma limpeza bucal deficitária [10].

Um estudo feito em 2010 [18], ao analisar os dados do levantamento epidemiológico de saúde bucal no Brasil, entre 2002 e 2003, chegou à conclusão que as implicações da desigualdade de renda acerca da condição bucal é elucidado em especial pelas políticas públicas, que denotam ações resolutivas em grupos com maior renda e escolaridade, diminuindo a susceptibilidade à cárie e às perdas dentárias.

A associação entre perda dentária e determinantes sociais, assim como no presente estudo, foi também observada no estudo de Queiroz e Nascimento et al. [19] (2017), em que usuários de USF de uma determinada população relataram a perda dentária como principal consequência da situação econômica, principalmente àqueles com menor poder aquisitivo e escolaridade, visto que é a única solução acessível para os mesmos. Dessa forma, as concepções sociais do processo saúde-doença são um desafio para os estudos epidemiológicos de saúde que buscam a compreensão das ligações existentes entre estes. A incapacidade e ineficiência dos serviços de saúde em atender a demanda, principalmente no que concerne à atenção integral na saúde bucal, contribuem para a realidade desse cenário.

Dentre as atividades realizadas no serviço, destaca-se o acolhimento à demanda espontânea, o qual, a princípio, foi instituído na unidade sem planejamento estratégico prévio, com recursos físicos e humanos reduzidos, o que causou também um desconforto nos profissionais que já estavam ali imersos no processo de trabalho. Ressalta-se que este é definido como uma ação tecno-assistencial, em que o usuário é sujeito ativo no processo de produção de saúde, sendo mediada por parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, que fomenta o acesso aos serviços por demanda, provocando a melhoria nos processos laborais, atendendo a todos, atribuindo ao serviço uma conduta acertada para acolher, pactuar e compreender respostas mais apropriadas aos usuários; e faz parte da atual política de humanização do Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS [20].

A vivência do acolhimento durante o processo formativo da residência multiprofissional está em total consonância com a fala de Franco, Bueno e Merhy [21] (1999) ao trazer tal reflexão:

> na medida em que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença [21:2-3].

Ao fazer um paralelo com a saúde bucal, este instrumento de trabalho permitiu ao residente a constatação de que a falta de assistência odontológica por longos anos deixa suas marcas de forma muito expressiva na vida dos indivíduos, afinal, muitos relatos foram ouvidos de pacientes que sofreram durante anos com dores de dente e com a falta de acesso ao profissional da área; usuários que nunca haviam utilizado os serviços odontológicos ou que, quando o fizeram, já tinham decorrido mais de cinco anos desde o último atendimento. Muitos desses nunca tinham sido instruídos de como escovar os dentes ou usar o fio dental; A fila de espera da única unidade de saúde disponível para a população alcançava aproximadamente três mil pacientes, e como consequência disso, muitos dentes já necessitavam de procedimentos reabilitadores, como endodontias, seguidas de reabilitação protética e exodontias simples ou complexas. E essa realidade fundamenta a continuidade das práticas curativistas na odontologia, que envolvem procedimentos “mutiladores” como as exodontias [4,22,23], seguindo uma lógica contrária ao que é preconizado pelas normativas do SUS, que prioriza procedimentos que visam a manutenção dos dentes na cavidade buca [23].

A exemplo de como avaliar o desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes, tem-se o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)[24], o qual é um conjunto de indicadores simples e compostos que, com destaque para à saúde bucal, afere de modo contextualizado as práticas odontológicas acessíveis à população. No que se refere às exodontias, o indicador 21- Proporção de exodontia entre procedimentos odontológicos selecionados, avalia o percentual das extrações dentárias em relação à soma de procedimentos selecionados (parte que inclui as extrações), produzidos para residentes em determinado município e ano. Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange um maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária [24].

Para a prática na clínica odontológica durante tal processo formativo, observou-se o predomínio de exodontias, resultando em um número expressivo de até 14 extrações dentárias em uma única manhã, o que reafirma que o edentulismo é resultado de causas sociais, pois diversas unidades dentárias são perdidas por falta de condição financeira dos usuários e isso traz consequências negativas, para o

indivíduo alterando suas funções fisiológicas e estéticas. Botazzo [9] (2006) ao descrever os trabalhos bucais como: manducação (mastigação), erótica (expressões bucais, não apenas como realização sexual, mas também afetiva, emocional e amorosa) e verbalização (linguagem, forma de se comunicar), transforma, de forma belíssima, o entendimento de saúde bucal, trazendo a boca humana como um acumulado das experiências ao longo da vida e, a partir disso, passa-se a entender que o significado de saúde da bucal é muito superior do que a ciência ensina.

Para além dessa vivência na APS, o usuário também tinha dificuldade de acesso ao serviço da atenção secundária à saúde, a exemplo do Centro de Especialidades Odontológicas, onde muitas vezes era encaminhado, mas não era possível dar seguimento ao tratamento por conta de entraves no acesso ao serviço de referência, o que podia resultar na perda da unidade dentária. Além disso, mesmo após a ampliação da oferta do atendimento odontológico, com a implementação dos CEOs, a falta de acesso à resolução dos agravos pode promover superlotação dos serviços da atenção secundária à saúde, visto que a expansão da rede secundária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços da AB e estes correspondem à 3,5% do total de procedimentos odontológicos, corroborando com diversas pesquisas presentes na literatura [2, 4, 17, 21, 25- 28].

Dessa forma, foi possível observar no presente estudo, que a falta de acesso aos serviços odontológicos, geram graves consequências no caminho do fortalecimento do modelo de assistência odontológica voltada para a saúde bucal coletiva e, além disso, continua influenciando profundamente as dimensões sociais, biológicas e psicológicas do ser humano, podendo afetar sua inclusão social, comunicação e a autoestima.

Os achados revelam a necessidade de avanços na atenção à saúde bucal, revertendo a prática mutiladora, com ações voltadas para a educação em saúde, para a consciência sanitária e maior acesso da população aos serviços de saúde bucal, numa perspectiva ampliada de saúde. Assim, compreende-se que uma política em saúde bucal efetiva conseguirá impactar no processo de saúde-doença com efeitos diretos na qualidade de vida dos usuários, afinal, os dentes e suas atribuições (mastigação, estética, fonação) detêm grande magnitude nos fatores sociais, psicológicos e biológicos de cada indivíduo. Por isso, os gestores do sistema local de saúde devem construir e implementar ações numa perspectiva de integralidade, com

ascensões tanto na APS, quanto na atenção secundária à saúde, afinal, mesmo com a implementação da PNSB, existem muitos obstáculos que prejudicam a resolubilidade do serviço, como o número de CEOs que ainda é insuficiente para a demanda que necessita do serviço.

Também é importante enfatizar que a formação do Cirurgião-Dentista em Saúde da Família viabiliza avanços nesse processo de transformação da atenção à saúde bucal integral. Afinal, dispõe de um processo formativo voltado para o SUS, o que inclina ao profissional saber mais sobre tal sistema de saúde e suas políticas. Assim, consequentemente a conduta de atuação profissional é direcionada para uma transformação real das práticas e da organização do trabalho. Os profissionais que possuem essa formação também tendem a oferecer uma atenção integral de forma mais humanizada, realizar um melhor trabalho em equipe e também conhecem melhor a realidade onde a população está inserida, e assim, conseguem desempenhar uma abordagem mais integral, tendo em vista o todo, e não focado numa prática individual.

Sendo assim, se faz necessário aos trabalhadores e gestores da saúde, pensar e construir práticas assistenciais que visam promover o cuidado em saúde bucal na perspectiva de promoção e prevenção para além da cura, e a concretização de tais avanços ocorrerá a partir de um novo significado ao processo de trabalho e a formação do profissional, com o fortalecimento da política de saúde bucal, impactos positivos no processo de saúde-doença, na tentativa de modificar as atuais práticas mutiladoras, repercutindo de forma assertiva na qualidade de vida dos usuários do serviço, melhorando a resolubilidade e a integralidade da atenção à saúde bucal.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que mesmo após uma mudança no modelo da prática odontológica, principalmente na saúde pública, procedimentos “mutiladores” ainda estão em evidência no serviço público, e isso é reflexo de uma odontologia ainda para poucos, que deixam marcas sociais e psicológicas nos indivíduos, permitindo uma continuidade no edentulismo no Brasil. Este, serviu para discutir, analisar e refletir através do relato de experiência, sobre tal temática e a partir disso, buscar soluções para implementar mudanças nessa atual realidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14572.htm

2. Spezzia S, Carvalheiro EM. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. Rev. bras. odontol. 2015; 72(1-2):109-11. http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v72i1/2.603

3. Carletto AF, Santos FF. A atuação do dentista de família na pandemia do covid-19: O cenário do Rio de Janeiro. Physis. 2020; 30(3):1–10. https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300310

4. Freitas DAS, Scalzo MTA, Martins RC. Análise das exodontias realizadas na atenção primária da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Arq Odontol. 2020; 56(e27):1-9. https://doi.org/10.7308/aodontol/2020.56.e27

5. Brasil. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivosemodontologia/article/view/21983

6. Scherer CI, Scherer MD dos A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. Rev. Saúde Pública. 2015; 49: 98. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961

7. Brasil. SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

8. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS. 2007; 17(1):77-93. https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006

9. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11(1):7-17. https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100002

10. Passos JS, Araújo TM, Gomes Filho IS, Cruz SS. Condições De Vida E Saúde Bucal: Uma Abordagem Teórico-Conceitual Das Desigualdades Sociais. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2011; 35(supl.1):138-150. https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n0.a152

11. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). Saúde em Debate. 2015; 39(104):9–17. https://doi.org/10.1590/0103-110420151040194

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Camaçari. Rio de Janeiro, RJ: IBGE; 2015.

13. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2012. https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

14. Lopes MCL, Marcon SS. Assisting the family in basic care: Facilities and difficulties which health professionals have to face. Acta Sci - Heal Sci. 2012; 34(1):85–93. https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i1.7624

15. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: O olhar do trabalhador de saúde. Interface. 2015; 19(55):1221-1232. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653

16. Turci MA, Costa MFL, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. Cad Saude Publica. 2015; 31(9):1941–52. https://doi.org/10.1590/0102-311X00132114

17. Faria RM. The territorialization of primary health care of the brazilian unified health system. Cienc e Saude Coletiva. 2020; 25(11):4521–30. https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018

18. Celeste RK, Nadanovsky P. How much of the income inequality effect can be explained by public policy? Evidence from oral health in Brazil. Health Policy. 2010; 97(2–3):250–8. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.015

19. Queiroz LR, Nascimento MAA.Sentidos E Significados Da Perda Dentária Na Estratégia Saúde Da Família: Uma Realidade Entre O Pensar E O Fazer. Rev. de Saúde Coletiva da UEFS. 2017; 7(3):52–9. https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v0i0.2117

20. Nuto SAS, Oliveira GC, Andrade JV, Maia MCG. O Acolhimento Em Saúde Bucal Na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza-Ce: Um Relato De Experiência. Rev. APS. 2010; 13(4): 505-509. https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14450

21. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 1999; 15(2):345-353. https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019

22. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). Cad Saúde Pública. 2007; 23(8):1803-1814. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800007

23. Brasil. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm

24. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. http://idsus.saude.gov.br

25. Bitencourt FV, Corrêa HW, Toassi RFC. Tooth loss experiences in adult and elderly users of primary health care. Cienc e Saude Coletiva. 2019; 24(1):169–80. https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.09252017

26. Costa WCLB, Werneck MAF, Palmier AC. Secondary care in oral health in small municipalities: a cross-sectional evaluation of demand x access. Rev Gaúcha Odontol. 2018; 66(1):70–6. https://doi.org/10.1590/1981-86372018000100009334 8

27. Martins RC, Reis CMR, Machado ATGM, Amaral JHL, Werneck MAF, Abreu MHNG. Relationship between primary and secondary dental care in public health services in Brazil. PLoS One. 2016 1;11(10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164986

28. Aquilante AG, Aciole GG. Oral health care after the National Policy on Oral Health – “Smiling Brazil”: A case study. Cienc e Saude Coletiva. 2015; 20(1):239–48. https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21192013