

COBERTURA DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO ACRE NO PERÍODO DE 2009 A 2018

ORAL HEALTH COVERAGE IN THE ACRE FAMILY HEALTH STRATEGY FROM 2009 TO 2018

Luciene Rocha Barros¹, Luis Felipe Almeida da Conceição¹, Tárique Rebouça de Souza¹,
Thamirys Ribeiro Andrade¹, Eufrasia Santos Cadorin²

1. Acadêmicos do curso de Odontologia. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.
2. Docente do curso de Odontologia. Centro Universitário Uninorte e Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, AC, Brasil.

Autor correspondente: tariquesouza@outlook.com

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual o indivíduo terá o primeiro contato com os serviços de saúde, sendo a referência para a comunidade nos territórios de saúde onde são organizados os serviços para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. **Objetivo:** Avaliar a cobertura de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no Estado do Acre no período de 2009 a 2018. **Material e Método:** Trata-se de um estudo transversal de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da base de dados do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor), dos últimos dez anos da cobertura da Saúde Bucal juntamente com a Estratégia de Saúde da Família. **Resultados:** No comparativo da cobertura de saúde de ESF e SB no Brasil nos últimos 10 anos, pode ser observado que a abrangência da ESF tem uma oscilação, com aumento e redução da cobertura, enquanto que a cobertura de SB, se apresenta com aumento ao longo do período, porém com índice sempre inferior quando comparada à equipe mínima. O estado do Acre apresenta uma constante evolução com relação a cobertura dessas estratégias de saúde aplicadas na atenção primária em saúde. **Conclusão:** Tanto a estratégia de saúde da Família quanto a Saúde Bucal, apresentaram evolução no período do estudo, com ampliação de cobertura no Acre e no Brasil. A inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, foi um aspecto relevante no que diz respeito a atenção integral ao indivíduo e comunidade.

Descritores: Saúde da Família. Saúde Bucal. Sistema Único de Saúde. Cobertura de Serviços Públicos de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) is recognized as an integral part of the Unified Health System (SUS), in which the individual will have the first contact with health services, being the reference for the community in the health territories where they are services for promotion, prevention, treatment and rehabilitation are organized. **Objective:** To evaluate

the coverage of oral health teams in the Family Health Strategy in the State of Acre from 2009 to 2018. **Material and Method:** This is an exploratory cross-sectional study, with a quantitative approach, developed from the database of the Primary Care Information and Management System (e-Gestor), of the last ten years of Oral Health coverage together with the Family Health Strategy. **Results:** When comparing the health coverage of FHS and SB in Brazil in the last 10 years, it can be observed that the scope of the FHS has an oscillation, with an increase and reduction in coverage, while the coverage of SB, presents itself with an increase over time. of the period, but with an index that is always lower when compared to the minimum team. The state of Acre is constantly evolving in terms of coverage of these health strategies applied in primary health care. **Conclusion:** Both the Family health strategy and Oral Health have evolved over the study period, with increased coverage in Acre and Brazil. The insertion of Oral Health in the Family Health Strategy was a relevant aspect with regard to comprehensive care for the individual and the community.

Descriptors: Family Health. Oral Health. Unified Health System. State Health Care Coverage.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o primeiro contato com os profissionais de saúde, bem como referência para a comunidade que procura atendimento nos locais que são desenvolvidas as ações assistenciais conforme as diretrizes do referido Sistema em todo território Nacional.^{1,2} Um dos principais objetivos do SUS é garantir os serviços de saúde para toda a população, com tecnologias que contribuam para a prevenção e controle das doenças e agravos com maior eficácia, ampliando o acesso a esses serviços e reduzindo as desigualdades ^{2,3}.

No ano de 2004, a atenção à saúde bucal passou a ser organizada a partir de diretrizes desenvolvidas para os três níveis de atenção, sendo idealizada e conformada na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com o título de “Brasil Sorridente”

na sua concepção^{3,4}. A saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), propicia mudanças no processo de trabalho da equipe de saúde bucal com a inclusão de tecnologias de cuidado para a promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, trabalhando na perspectiva do vínculo e atenção coordenada pela APS^{3,4}.

O estado do Acre, inserido no bioma Amazônia, situa-se na região Norte do Brasil, com uma extensão territorial de 164.173,431km², fazendo divisa com os estados do Amazonas e com uma pequena faixa de Rondônia, a leste e com dois países: o Peru, em toda a porção oeste, e a Bolívia, a sudeste. Possui uma população estimada de 894.470 habitantes e uma densidade demográfica de 4,47 hab./km², de acordo com dados de IBGE de 2021⁵.

Neste contexto, o presente trabalho surge a partir da seguinte problemática: qual a evolução da cobertura de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família?

Assim, o objetivo do estudo foi avaliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e a Cobertura de equipes de saúde bucal de 2009 a 2018 no estado do Acre.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo é tratado do modelo transversal de caráter exploratório com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da base de dados do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor), dos últimos dez anos.

Os dados comparativos da pesquisa foram coletados do Sistema e-Gestor, incluindo os anos de 2009 a 2018, considerando as variáveis: cobertura da equipe de saúde da família e cobertura da equipe de saúde bucal, para os 22 municípios do Estado do Acre, comparando com a cobertura destas equipes no Brasil.

Os dados coletados foram organizados inicialmente em planilhas e gráficos do Programa *Microsoft Excel*, segundo ano e município, sendo realizado a soma dos percentuais de cada mês de cada ano em questão e aplicando a média anual, possibilitando uma análise comparativa em relação aos dez últimos anos. Posteriormente, os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos com

percentuais quantitativos para facilitar a visualização do processo evolutivo no Estado do Acre e no Brasil.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados por meio de tabelas e gráficos, com o percentual de cobertura das equipes de Saúde Bucal e equipe mínima, compreendida como a equipe composta por agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, na Estratégia de Saúde da Família no Estado do Acre, por regional de saúde considerando a divisão administrativa que orienta a organização das regionais de saúde: 01 - Regional Juruá/Tarauacá/Envira; 02 - Regional Alto Acre; e 03 - Regional Baixo Acre/Purus, seguindo as resoluções da Comissão Intergestores Bipartite do Acre^{6,7}.

A tabela 1 apresenta a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal na Regional do Juruá/Tarauacá/Envira no período de 2009 a 2013, a qual engloba os municípios de Cruzeiro do Sul, Feijó, Mâncio Lima, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Rodrigues Alves e Tarauacá.

Tabela 01: Cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal na Regional Juruá, Tarauacá/Envira, no período de 2009 a 2013. Acre. Brasil. 2019.

MUNICÍPIOS	2009		2010		2011		2012		2013	
	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %
Cruzeiro do Sul	81,6	45,1	43,6	51,8	38,1	46	52,2	58,8	100	64,8
Feijó	53,5	32,1	34,7	34,7	42,5	42,5	42,4	42,4	60	41,3
Mâncio Lima	71,9	71,9	70	70	71,8	71,8	88,7	88,7	100	100
Marechal Thaumaturgo	75,3	50,2	72,5	72,5	72,7	72,7	66,5	66,5	93,4	91,2
Porto Walter	40,2	40,2	38,9	38,9	37,6	37,6	36,5	36,5	62,3	35,5
Rodrigues Alves	53	26,5	25,6	25,6	23,9	23,9	23,2	23,2	90,3	22,6
Tarauacá	72,3	72,3	71,2	87,5	77,5	77,5	76,2	84,5	93,8	75

Fonte: Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). BRASIL. 2019.

O município de Mâncio Lima apresenta a maior cobertura de saúde bucal nesta regional, entre 70% a 100%, mantendo uma proporção aproximada quando comparada a cobertura entre as equipes de Saúde Bucal (ESB) e equipes de saúde da Família (eSF). O município de Rodrigues Alves registrou a menor cobertura de saúde bucal, sendo que em 2009 a relação entre equipe mínima e equipe de saúde bucal foi o dobro e em 2013 superou em mais de 60%. Na mesma linha de raciocínio, o município de Cruzeiro do Sul segue com a cobertura de saúde bucal significativamente menor, ao longo dos quatro primeiros anos, ampliando em

2013, quando apresenta 61,2% de cobertura de ESB.

A tabela 2 demonstra a cobertura da Estratégia de Saúde da Família na Regional do Juruá/Tarauacá/Envira no período de 2014 a 2018. A partir dos dados coletados foi possível verificar a evolução e regressão dos percentuais de cobertura dessa regional em seus municípios integrantes, confirmando que Mâncio Lima ainda se mantém com a maior cobertura de saúde desde 2009 a 2018 e que Rodrigues Alves mantém o indicador de município com menor percentual de cobertura durante o mesmo período.

Tabela 02: Cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal na Regional Juruá, Tarauacá/Envira, no período de 2014 a 2018. Acre. Brasil. 2019.

MUNICÍPIOS	2014		2015		2016		2017		2018	
	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %
Cruzeiro do Sul	100	68,6	100	77,7	100	67,7	100	72,1	83,1	92,94

Feijó	74,1	42,5	78,9	42,6	85,2	42,6	85,2	42,6	73,7	76,6
Mâncio Lima	100	100	100	98,5	100	95,0	99,3	99,3	100	100
Marechal Thaumaturgo	100	87	98,6	82,4	98,4	79,9	95,8	77,6	77,1	71,1
Porto Walter	76	34	99	33	88,1	32,0	90,5	36,3	60,7	60,7
Rodrigues Alves	100	21,6	95,9	20,9	100	20,3	99,5	19,7	36,8	55,1
Tarauacá	91,8	73,1	90,3	72,2	86,6	71,1	87,5	70	68,9	68,9

Fonte: Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). BRASIL. 2019.

A tabela 03 se refere à Regional Alto Acre que inclui os municípios de Assis Brasil, Brasiléia, Epitaciolândia e Xapuri. Analisando a cobertura de SB e ESF nos anos de 2009 a 2013, o município com maior cobertura foi Assis Brasil com cobertura total de 100%, tanto para SB quanto para ESF e o município com menor cobertura foi Xapuri.

Tabela 03: Cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal na Regional Alto Acre, no período de 2009 a 2013. Acre. Brasil. 2019.

MUNICÍPIOS	2009		2010		2011		2012		2013	
	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %
Assis Brasil	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Brasiléia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Epitaciolândia	100	74,1	79,5	92,7	100	100	100	100	100	100
Xapuri	69,7	69,7	68,6	68,6	64,3	64,3	63,2	63,2	53,5	53,5

Fonte: Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). BRASIL. 2019.

Com a coleta de dados da tabela 04 que se refere à Regional Alto Acre, no período de 2014 a 2018 a evolução de abrangência tanto o município de Assis Brasil quanto Brasiléia se mantiveram com 100% de cobertura de SB e ESF no período de 5 anos. O município de Xapuri segue apresentando a menor cobertura na região, com redução na cobertura ao longo dos anos.

Tabela 04: Cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal na Regional Alto Acre, no período de 2014 a 2018. Acre. Brasil. 2019.

MUNICÍPIOS	2014		2015		2016		2017		2018	
	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %
Assis Brasil	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Brasiléia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Epitaciolândia	100	100	100	100	100	100	86,7	86,7	99,4	100

Xapuri 77,1 60,8 100 59,7 100 58,7 100 57,8 56,9 99,5

Fonte: Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). BRASIL. 2019.

Na tabela 05, da regional do Baixo Acre/Purus, onde se concentram os municípios de Acrelândia, Bujari, Capixaba, Manoel Urbano, Plácido de Castro, Porto Acre, Rio Branco, Santa Rosa do Purus, Sena Madureira, Senador Guiomard, Jordão que se localizam na Regional Baixo Acre/Purus, sendo perceptível as mudanças na cobertura da Estratégia nesses municípios. O município de Plácido de Castro se manteve à frente com a maior cobertura. O município de Rio Branco apresentou a maior redução nesta análise, sendo também, no último ano, o município com menor índice de cobertura.

Tabela 05: Cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal na Regional Baixo Acre/Purus, no período de 2009 a 2013. Acre. Brasil. 2019.

MUNICÍPIOS	2009		2010		2011		2012		2013	
	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %
Acrelândia	98,8	96,4	100	100	100	100	100	100	100	100
Bujari	51,1	51,1	50,9	50,9	95	95	94,9	94,9	100	78,5
Capixaba	100	77,5	74,3	80,7	78,43	78,4	75,9	75,9	100	73,6
Manoel Urbano	100	100	100	100	100	100	98,7	98,7	95,9	83,9
Plácido de Castro	100	99,6	100	100	100	100	100	100	100	100
Porto Acre	100	100	100	100	100	100	100	100	99	100
Rio Branco	36,6	26,3	29,3	15,7	23,6	11,2	52,6	23,1	47,1	23,7
Santa Rosa do Purus	82,8	82,8	79,1	79,1	73,5	73,5	92,6	95,1	59	64,3
Sena Madureira	97	87,3	85,8	85,8	81,6	81,6	87,6	87,5	96,4	96,4
Senador Guiomard	100	100	100	89	100	100	100	100	100	100
Jordão	69,6	54,4	52,9	52,9	52,4	52,4	51,1	62,3	100	50

Fonte: Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). BRASIL. 2019.

Por fim, a tabela 06 que se relaciona à Regional Baixo Acre/Purus, com análise no período de 2014 a 2018, segue com o município de Plácido de Castro o que apresenta com maior cobertura em sua regional, porém dessa vez alcançando 100% de cobertura, enquanto que o

município com menor cobertura de SB e ESF continua sendo o município de Rio Branco, que mostrou uma pequena evolução durante os anos de 2014 a 2018, porém o incremento não foi suficiente para que o mesmo fosse melhor avaliado que os demais municípios de sua regional.

Tabela 06: Cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal na Regional Baixo Acre/Purus, no período de 2014 a 2018. Acre. Brasil. 2019.

MUNICÍPIOS	2014		2015		2016		2017		2018	
	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %	ESF %	SB %
Acrelândia	100	100	100	100	99,9	99,9	100	100	100	100
Bujari	100	94,16	100	100	100	97,8	93,1	81,7	100	100
Capixaba	100	70,1	100	67,85	100	79,4	99,6	95,6	92,9	99,4
Manoel Urbano	100	82,2	100	81,0	100	79,8	100	91,1	79,5	100
Plácido de Castro	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Porto Acre	100	100	100	100	100	100	98,3	100	98,8	97,1
Rio Branco	50,1	22,3	56,0	22,9	58,1	22,2	58,7	24,9	24,7	56,5
Santa Rosa do Purus	100	100	100	100	96,6	96,6	96,4	92,8	100	100
Sena Madureira	94,1	94,1	98,7	86,8	100	90,2	100	89,4	87,9	100
Senador Guiomard	100	100	100	100	100	100	100	100	99,6	99,6
Jordão	100	96,5	100	94,1	100	91,8	100	89,7	87,8	100

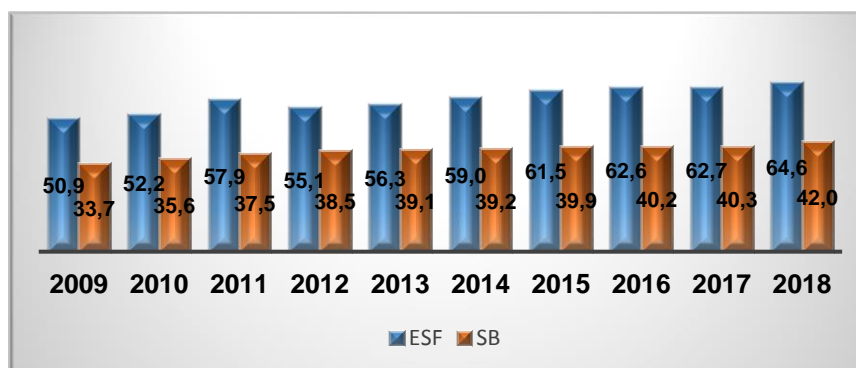
Fonte: Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). BRASIL. 2019.

A seguir são apresentados dois gráficos com a cobertura da ESF e SB no mesmo período, o que possibilita compara a evolução no Brasil com o estado do Acre, sendo detalhado no gráfico 01 a cobertura no Brasil e no gráfico 02 os valores referentes aos dados no Acre.

Em relação ao Gráfico 01 que apresenta o comparativo da cobertura de

saúde de ESF e SB no Brasil nos últimos 10 anos, pode ser observado que a abrangência da ESF tem uma oscilação, com aumento e redução da cobertura, enquanto que a cobertura de SB, se apresenta com aumento ao longo do período, porém com índice sempre inferior quando comparada à equipe mínima.

Gráfico 01: Comparativo da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil, de 2009 a 2018.

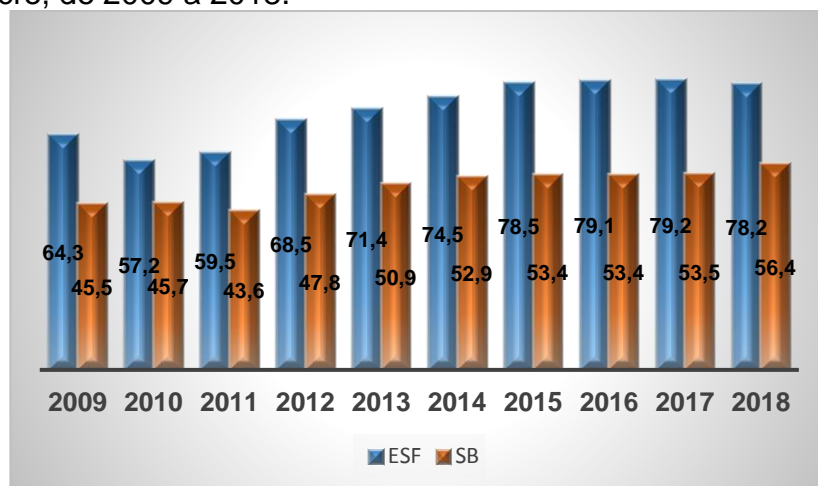


Fonte: Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). BRASIL. 2019.

No gráfico 02, que apresenta os indicadores da ESF e SB no Acre, é evidente que os valores se assemelham aos do gráfico 01. O estado do Acre apresenta uma constante evolução com relação a cobertura dessas estratégias de saúde

aplicadas na atenção primária em saúde. O Estado apresenta percentual entre 64% e 78% quando analisada a cobertura da ESF e entre 45% a 56% com a cobertura de saúde bucal, percentuais superiores aos encontrados na média nacional.

Gráfico 02: Comparativo da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal no Estado do Acre, de 2009 a 2018.



Fonte: Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor). BRASIL. 2019.

Os resultados confirmam que tanto no estado do Acre como no País, a evolução da cobertura de saúde bucal não foi suficiente para acompanhar a cobertura da estratégia de saúde da família, estando, portanto, com a proporção inferior a 1:1, ou seja 01 equipe de saúde bucal para 01 equipe de saúde da família.

DISCUSSÃO

O estudo demonstra o crescimento na cobertura da Saúde Bucal (SB) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Acre, acompanhando a evolução observada no cenário nacional, resultando numa crescente discussão em relação a possíveis

Políticas Públicas que promovam a integração e a abrangência necessárias dessas estratégias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^{4, 8, 9}. Entretanto, ainda é necessária a ampliação dessa cobertura de forma a garantir o acesso da população à atenção à saúde considerando a integralidade da atenção.

A política de Atenção Básica é um dos temas mais frequentes nas discussões sendo pautado nas secretarias de saúde em todo o território nacional, com maior visibilidade para a garantia de acesso às ações e serviços de saúde, com a abrangência necessária de acordo com as

diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)^{10, 11, 12}.

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, as estratégias propostas pelo governo federal, visam apoiar os municípios para ampliar a abrangência na cobertura das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Para tanto, há de se ter um planejamento adaptado para cada realidade local, garantindo a ampliação gradativa da atenção em saúde bucal na atenção primária, secundária e terciária^{12, 13, 14}.

Com incentivos do governo federal e/ou dos governos estaduais, os municípios ampliam a sua capacidade de implantação de novas equipes de saúde da família com equipe de saúde bucal, já que municípios menores e com baixa arrecadação têm menor possibilidade de manter essas equipes, sendo estimulados pelo incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, porém há de se considerar a necessidade de investimento com recurso próprios para ajudar na manutenção dessa cobertura, já que o repasse é caracterizado como um incentivo^{15, 16, 17, 18}.

Dentre os novos desafios apresentados pelo Ministério da Saúde, em 2019, se apresenta a ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família e a definição de um novo modelo de financiamento para atenção primária à

saúde, baseado em resultados em saúde e eficiência, fortalecimento da clínica¹⁹.

Outro aspecto relevante nessa discussão, diz respeito ao mercado de trabalho onde o cirurgião dentista na ESF, representa um marco no que diz respeito a reorientação das práticas de saúde bucal, rompendo com paradigmas até então instituídos, com a atuação deste profissional com foco no tratamento e reabilitação, em detrimento de ações de promoção da saúde e a prevenção da saúde bucal^{20, 21}. Com essa abordagem a equipe de saúde bucal, além de inserir na sua agenda de trabalho as ações de promoção e prevenção, deve atuar também de forma integrada com a equipe de saúde, em um território delimitado, com responsabilidade sanitária, fortalecimento de vínculo com o usuário na perspectiva da longitudinalidade do cuidado^{23, 24, 25}.

A Atenção Primária em Saúde deve ser organizada de forma regionalizada, com atenção contínua e sistematizada, com foco nas necessidades de saúde da população adscrita, sendo reconhecida como a principal porta de entrada ao Sistema^{26, 27}. Portanto, a inserção da equipe de SB na ESF, com o desenvolvimento de ações preventivas e curativas com uma atenção integral, tem como foco não somente a doença ou o corpo, mas todos os fatores condicionantes e determinantes da saúde presentes no território^{28, 29}.

O trabalho realizado pelas equipes de SB e eSF, tem demonstrado relevância para a atenção primária em saúde, com o atendimento regionalizado, contínuo e sistematizado, com ações que incluem a atenção domiciliar, ações na unidade de saúde e demais espaços existentes no território, fortalecendo a intersectorialidade^{30, 31, 32}.

Com relação a capacidade dos municípios para a implementação dessas estratégias de atenção à saúde bucal, alguns estudos demonstram que os municípios com menor porte populacional apresentam maiores coberturas, o que corrobora com o presente estudo onde foi possível observar que os municípios menores do Estado, apresentaram maior cobertura, como destaque para o município de Mâncio Lima, que apresentou uma maior cobertura de saúde bucal³³. Um estudo recente realizado no estado de Minas Gerais, a partir dos dados registrados no Sistema de Informação do SUS, demonstra que os municípios com maior cobertura de atenção primária, foram os que apresentaram o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)³⁴.

A densidade demográfica e a desigualdade regional são fatores que influenciam diretamente os serviços de saúde, isso não significa, necessariamente, em maior acessibilidade geográfica, porém, são escassas as investigações sobre a

acessibilidade a esses serviços de saúde em áreas mais distantes³⁵. Alguns fatores podem ser relacionados, de certa forma, por aspectos educacionais como a falta de conhecimento do cuidado básico com os dentes e cultural com a não valorização do cuidado na saúde bucal da população, aliados à pouca importância dada à saúde bucal para a maioria das pessoas com baixa escolaridade, o que interfere significativamente na saúde oral e também no estado geral de saúde^{35, 36}.

Além de fatores geográficos, acidentes naturais e das diferentes formas de ocupação do território, as desigualdades nas condições de saúde e de utilização dos serviços nas mais distintas regiões do Brasil se correlacionam com os níveis mais amplos de determinação social, por exemplo, diferença de poder aquisitivo e posse de meio de transporte, que auxiliam na superação das barreiras de acesso aos serviços de saúde^{34, 37, 38}.

Além dos aspectos relacionados à saúde bucal, a maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família está diretamente associada às melhorias nas condições de saúde da população, como a diminuição da mortalidade infantil, maior cobertura vacinal, redução da desnutrição e aumento nas consultas de pré-natal. Bem como, esse aumento da cobertura da estratégia contribui para a redução das

hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária^{37, 38}.

O modelo de saúde orientado pela ESF é mais efetivo quanto ao acesso, atendendo comunidades mais vulneráveis e com demandas reprimidas em saúde³⁹. A ESB deve ter a responsabilidade de criar e manter o vínculo com a comunidade garantindo assim, a sua contribuição ao cuidado dos pacientes, que integram esse sistema de saúde³⁹.

Além do financiamento da saúde no Brasil, os principais problemas relacionados a implantação da ESF diretamente ligados à qualificação profissional e a dificuldade de se fixação em municípios no interior, o que ocasiona alta rotatividade de profissionais que compõem a equipe com prejuízos nas relações de vínculo entre estes e os usuários, e na ausência de complementaridade das ações e cooperação no interior das equipes⁴⁰.

Profissionais relatam como fatores de desgaste, em primeiro lugar, o vínculo de trabalho precário, o excesso de trabalho, a falta de recursos, a baixa remuneração, a falta de qualificação das Equipes Saúde da Família (eSF), que demonstram insegurança devido à mudança para uma atenção orientada para com a vigilância à saúde^{41, 42}.

Diante do exposto, se percebe o desafio da ampliação da cobertura das equipes de saúde bucal na Estratégia de

Saúde da Família, bem como a necessidade de qualificar os profissionais de saúde bucal, para ressignificar as práticas cotidianas no processo de trabalho, conforme preconizado na Política Nacional de Saúde Bucal, tendo como pressupostos a humanização, o cuidado integral e a atuação com foco na vigilância em saúde, com atuação multiprofissional.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de potenciais conflito de interesses para o desenvolvimento do estudo.

CONCLUSÃO

Foi possível avaliar que a Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal, apresentaram uma evolução constante no período de dez anos, no estado do Acre e no Brasil, porém esta evolução não tem acompanhado a evolução das equipes mínimas, que demonstram um avanço de mais de 70% de cobertura, enquanto que a saúde bucal ultrapassa os 50%.

Face ao exposto, é recomendado maior investimento das três esferas de governo, de forma a possibilitar a ampliação gradativa da cobertura da equipe de saúde bucal, afim de que esta, seja equiparada a cobertura da equipe mínima na Estratégia de Saúde da Família, reorganizando o processo de trabalho, com a integração da equipe e estratégias de promoção e prevenção, além das ações de vigilância em

saúde, tratamento e reabilitação, garantindo a integralidade da atenção à saúde das pessoas, individual e coletivamente.

REFERÊNCIAS

1. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. DORIS, G.; ELMA L. C. Z.; MIRELE, F. Problemas éticos na saúde bucal no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Physis**, vol. 29 no. 2. Rio de Janeiro, 16 de setembro, 2019.
3. PEDRO, A. T. L.; RODRIGO, A. B.; EGBERTO, R.T.; MARCELO, E.M.A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. **Physis**, vol. 29 no. 1. Rio de Janeiro, 19 de junho, 2019.
4. GRAZIELLE, C. M. M.; EFHIGÊNIA, F. F.; ISABEL, C. G. L.; ROSÂNGELA, M. G. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: entraves, avanços e desafios. **Scielo**, 2014.
5. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/a/c/panorama>. Acesso em: 20 mar. 2021.
6. ACRE. Comissão Intergestores Bipartite do Acre. Resolução n.º 038 de 31 de julho de 2009.
7. ACRE. Comissão Intergestores Bipartite do Acre. Resolução n.º 031 de 26 de março de 2012.
8. PAULA, R. C. B.; ADRIANO, M. S. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. **Physis**, vol. 28 no. 4. Rio de Janeiro, 25 de junho, 2019.
9. LUCENA, E. H. G.; PUCCA JR, G. A.; SOUSA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus**. 2011; 5(3):53-63.
10. PEREIRA, C. R. S.; RONCALLI, A. G.; CANGUSSU, M. C. T. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cad. Saúde Pública** 2012; 28(3):449-462.
11. MELO, J. A. C. **Educação sanitária: uma visão crítica** São Paulo: Cortez; 1987.
12. MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Cien Saude Colet** 2003; 8(2):403-415.
13. BODSTEIN, R. C. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. **Promotion & Education** 2007; 14(Supl. 1):16-20.
14. HARTZ, Z. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 267. Aprova as Normas e Diretrizes de Inclusão da Saúde Bucal na Estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). **Diário Oficial da União** 2001; 7 mar.
16. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política nacional de atenção básica Brasília: MS; 2006.**
17. OPAS. Memoria de la primera reunión y asamblea constitutiva red latinoamericana de escuelas promotoras de la salud San Jose: **OPAS; 1996.**
18. WHO. Health promoting schools. Regional guidelines development of health-promoting-schools: a framework for action Manila: **WHO; 1996.**
19. BURRIS, S.; HANCOCK, T.; LIN V.; HERZOG, A. Emergency strategies for healthy urban governance. Journal of Urban Healthy: **Bulletin of the New York Academic of Medicine 2007; 84(Supl. 1):154-163.**
20. SALAZAR, L. Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Santiago de Cali: **Programa Editorial Universidad del Valle; 2009.**
21. JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde Soc** 2004; 13(1):25-36.
22. BODSTEIN, R. C. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. Boletim Técnico do SENAC: **Rev Educação Profissional** 2009; 35(2):7-15.
23. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **A educação que produz saúde Brasília: MS; 2005.**
24. MELO, J. A. C.; GILBERT, S. O.; CARVALHO, S. M. T.; COSTA, O. S.; ÁVILA, V. L. P.; MATILDA A. A. Educação, saúde e democracia: perspectiva de transformação. R. Fac. **Educ** 1988; 14(1):87-117.
25. OPAS. Escuelas promotoras de salud: modelo y guia para la acción Washington: **OPAS; 1996.**
26. RONCALLI, A. G. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [Tese de Doutorado]. Araçatuba: **Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2000.**
27. WERNECK, M. A. F. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança [Tese de Doutorado]. Niterói: **Universidade Federal Fluminense; 1994.**
28. SOUZA, T. M. S.; Roncalli, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saúde Pública** 2007; 23:2727-39.
29. BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: **condição de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.**

30. ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L.; COSTA M. A. B. T. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulg Saúde Debate** 1996; 13:18-35.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em 10 centros urbanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156p.
33. GARNELO, L.; LIMA, G. J.; ROCHA, E. C. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde debate**, v. 42, n. 1, p. 81-89, 2018.
34. VIACAVA F.; PORTO S. M.; CARVALHO C. C. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciênc Saúde Colet**, 2018.
35. NEVES, R. G.; FLORES, T. R.; DURO, S. M. S. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 27(3), 2018.
36. BRASIL. Portaria nº 4.279 GM/MS, 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, 2010.
37. VAZQUEZ, F. L.; GUERRA M. L.; VÍTOR, E. S. A.; AMBROSANO, G. M. B.; MIALHE, F. L.; MENECHIM, M. C.; PEREIRA, A. C. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em campinas, SP, Brasil. **Cien Saude Colet**, 19(1):245-255, 2014.
38. CHAVES, S. C. L.; BARROS, S. G.; CRUZ, D. N.; FIGUEIREDO, A. C. L.; MOURA, B. L. A.; CANGUSSU, M. C. T. Brazilian oral health policy: factors associated with comprehensiveness in health care. **Rev Saude Publica**, 44(6):1005-1013, 2010.
39. MAUNDER, P.; LANDES, D. P.; STEEN, N. The equity of access to primary dental care for children in the North East of England. **Community dental health**, 23(2):116- 119, 2006.
40. BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab Educ Saúde**, 8(1):27-53, 2010.
41. ELY, H. C.; ABEGG, C.; CELESTE, R. K. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2 (5): 1607-1616, 2016.
42. SILVA, S. F.; MARTELLI, P. J.; CABRAL, A. P.; PIMENTEL, F. C.; MONTEIRO, I. S.; MACEDO, C. L. Analysis of the progress of the oral health teams inserted in the Family Health Strategy in Pernambuco, Northeast Region, Brazil, 2002 until 2005. **Cien**

Saude Colet, 16(1):211-220,
2011.