

## PROMOÇÃO DE SAÚDE EXECUTADA PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO

PROMOTION OF HEALTH EXECUTED BY DENTAL SURGEONS AT THE HEALTH CENTERS  
IN THE CITY OF PALMAS (TO), BRAZIL

**Munira Loureiraine Ferreira Mendes<sup>1</sup>, Bruno Arlindo de Oliveira Costa<sup>2</sup>, Cintia  
Ferreira Gonçalves<sup>3</sup>**

A estratégia saúde da família (ESF) surgiu como instrumento para atender o indivíduo e sua família de forma integral e contínua. Para tanto, compete aos profissionais que a compõe desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Diante disso, este trabalho teve como finalidade identificar o conhecimento e reconhecimento das atividades de promoção em saúde bucal praticadas pelos cirurgiões-dentistas que estão nas Equipes de Saúde Bucal dos Centros de Saúde de Palmas-TO. Ele consistiu em um estudo exploratório, com características quanti-quali, onde participaram 25 profissionais efetivos. A coleta de dados aconteceu através de dois questionários semi-estruturados. Palmas consta com cobertura populacional de 87,52% para a saúde bucal, onde a grande maioria dos profissionais executa atividades educativas com uso de materiais pedagógicos em escolas, creches e grupos de sua área de abrangência. 100% dos profissionais realizavam visitas domiciliares e tiveram alta receptividade pelos usuários. De acordo com os resultados obtidos, foi possível concluir que alguns profissionais que tiveram a formação acadêmica voltada para a "odontologia curativa" não contemplavam ainda as questões educativas, refletindo assim em falta de preparo para o trabalho multidisciplinar, sensibilidade para o interdisciplinar e para o conhecimento do modelo de promoção de saúde. Contudo, a maioria dos profissionais já se encontravam disponíveis para as propostas atuais do SUS. Nossos resultados apresentaram melhorias e benefícios para a população, apesar das carências e contradições, especialmente relatadas no que tange à gestão em saúde.

**Palavras-Chave:** Promoção em Saúde. Saúde Bucal. Estratégia Saúde da Família

The Family Health Strategy (FHS) emerges as an instrument to care for the individual and his family in an integral and continuous way. Therefore, it is the responsibility of the professionals that compose it to develop actions of promotion, protection and recovery of health. The aim of this study was to recognize the activities performed by dentists in the Oral Health Teams of the Health Centers in the city of Palmas (TO), Brazil. It presented an exploratory study, with quanti-quali characteristics, where 25 effective professionals participated. Data collection was carried out through two semi-structured questionnaires. Palmas city has 87.52% of population coverage for oral health, where most professionals perform educational activities using teaching materials in schools, day care centers and diverse groups. 100% of professionals made home visits and were highly receptive by the users. According to the results, it was possible to conclude that some professionals who had the academic training focused on "curative dentistry" do not yet contemplate educational questions, thus reflecting in lack of preparation for multidisciplinary work, sensitivity to the interdisciplinary and knowledge of the health promotion model. However, the most of professionals were already available for current SUS proposal. Our results showed improvements and benefits for the population, despite the needs and contradictions, especially regarding health management.

**Keywords:** Health Promotion. Oral Health. Family Health Strategy

<sup>1</sup> Graduada em Odontologia pela ITPAC-Porto; Residente em Saúde da Família e Comunidade CEULP/ULBRA. E-mail: dramunira@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduado em Odontologia pela FOA-Anápolis/GO; Especialista em Ortodontia Funcional/Ortopedia Facial; Mestre em Saúde Coletiva. E-mail: brunoarlindo@hotmail.com

<sup>3</sup> Graduada em Odontologia pela UNIUBE; Especialista em Odontopediatria e Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; Mestre em Odontologia; Doutora em Ciências da Saúde. E-mail: cintiafg@uol.com.br

## 1. INTRODUÇÃO

O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. Esta demora na procura ao atendimento, aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica (ARAÚJO, 2016).

A mudança do modelo de atenção, priorizando as ações de promoção e vigilância da saúde, exigiu a capacitação dos profissionais para as novas ações e serviços, o que, por sua vez refletiu na necessidade de mudança de perfil do trabalhador de saúde no seu processo de trabalho. Estas novas formas de organização das práticas exigiram dos profissionais, novas maneiras de pensar o processo de trabalho no setor. Isto significou a reconceituação das práticas de saúde e formulação de indagações sobre a pertinência, consistência ou efetividade dos meios de trabalhos e do trabalho propriamente dito, utilizados para a apreensão e/ou transformação desse objeto que é a saúde (TEIXEIRA, 2000).

O modelo brasileiro de atenção à saúde caracteriza-se pela conjugação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Sua principal porta de entrada é a Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser a ordenadora da rede de atenção, preferencialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta, por sua vez, é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), responsáveis pelo acompanhamento de número definido de famílias localizadas em área geográfica delimitada (REIS, 2015).

Starfield considerou em 2002 que a continuidade do cuidado permite que o usuário estabeleça uma relação de vínculo com o serviço de saúde ao longo do tempo, caracterizada pela responsabilidade do profissional de saúde e confiança por parte do paciente, de modo que as demandas emergentes sejam atendidas de forma mais eficiente. Para atender a esse princípio, é necessário o entendimento do processo saúde-doença e ciência das diferentes abordagens para

cada indivíduo, com o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional para o usuário (BRASIL, 2005).

Promover saúde é uma estratégia complexa que implica a compreensão da relação do homem ou das populações com sua história, seus padrões de desenvolvimento, suas relações com o mundo, com seu ambiente sociocultural, com suas necessidades, direitos e condições de vida. Portanto, promover saúde é atuar sobre esses determinantes que condicionam a realização da saúde (FOCESI, 1990; MOYSES, 2000).

A atenção domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações e serviços de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados, além de ser integrada às redes de atenção à saúde. Diversas ações são realizadas no domicílio como, por exemplo, a busca ativa de lesões bucais, ações de vigilância em saúde bucal e de educação em saúde bucal, as quais o cirurgião-dentista deverá participar como componente ativo da Equipe Saúde da Família (BRASIL, 2011; 2012).

De acordo com Saliba (2016), o Programa Saúde na Escola (PSE), atua como dissipador de saúde e realiza um trabalho educativo com crianças no período escolar. Este trabalho é indicado porque é nessa fase que o ser humano está crescendo e se desenvolvendo, tanto física quanto intelectualmente. As crianças, nessa fase, são mais receptivas e aprendem de maneira mais rápida, o que facilita a aquisição de hábitos adequados relacionados à saúde bucal. Além disso, as atividades educativas realizadas nas escolas levam conhecimento aos responsáveis de forma indireta, tornando-se agentes multiplicadores de saúde.

Na educação para a saúde tem-se observado que os profissionais envolvidos apresentam dúvidas de como e o que fazer. Muitas vezes eles atuam apenas como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais, nem sempre observando a realidade local. Portanto, apesar do esforço realizado, não se consegue obter o impacto esperado e os usuários dos serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua

incapacidade de compreender o que foi ensinado (BRASIL, 2006).

Diante de tudo que foi exposto acima o presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento e reconhecimento das atividades de promoção de saúde bucal em comunidade, desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas que estão lotados nos Centros de Saúde da Comunidade de Palmas-TO.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo foi uma pesquisa descritiva, de abordagem quanti-quali, usando como instrumento um questionário semi-estruturado nos Centro de Saúde da Comunidade de Palmas-TO, com 25 cirurgiões-dentistas efetivos. O presente trabalho foi composto por dois questionários eletrônicos. O primeiro questionário foi composto por 17 questões objetivas e subjetivas, abordando o território de saúde e serviço; já o segundo questionário abordou 18 questões subjetivas e apenas uma questão discursiva, a qual buscou avaliar a continuidade do trabalho e a dificuldade identificada pelo profissional. A coleta de dados se deu entre novembro de 2018 e janeiro de 2019.

Participaram desta pesquisa cirurgiões-dentistas efetivos e cadastrados na Equipe Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Comunidade em que atua, estando de acordo com a pesquisa e disponível para participar do questionário através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dentre os critérios de exclusão, estavam os pesquisadores bolsistas inseridos no Programa Palmas Para Todos, Residentes em Saúde da Família e Saúde Coletiva, profissionais que discordaram com o estudo, que não corresponderam com o envio do questionário e que estiveram ausentes (férias, atestados, licenças e outros), durante a realização da pesquisa.

Em uma visita à Secretaria de Saúde do Município de Palmas, juntamente com a Coordenadora de Saúde Bucal, foi solicitada via ofício e disposto, a relação dos cirurgiões-dentistas efetivos. Em seguida, iniciou-se a busca dos meios de contato de cada profissional. O convite e apresentação do trabalho se deram por mensagem

digital via aplicativo *Whatsapp*, de acordo com os critérios de inclusão. A pesquisa foi realizada online, por meio de um questionário eletrônico, mediante a ferramenta no Google Drive, enviando assim, o link de acesso deste, via mensagem, onde o profissional teve a tranquilidade de responder no momento que lhe era mais favorável. Com a conclusão da coleta de dados, o próprio aplicativo oferecia os resultados tabulados em gráficos, porcentagem e por tabelas elaborados de acordo com o Microsoft Office Excel® 2010.

O projeto foi encaminhado e aprovado na Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, também cadastrado e aprovado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do Comitê de Ética e Pesquisa. A pesquisa respeitou os princípios éticos de acordo com a Resolução CNS 466/2012, e foi realizada após a aprovação e liberação, de acordo com o CAAE: 97097218.2.0000.5516 em 08 de outubro de 2018, seguindo os preceitos e o código de ética.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A rede de saúde bucal de Palmas está centrada nos serviços da Atenção Primária à Saúde, onde há 85% de cobertura e resolutividade, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) a forma de organização dos processos de trabalho. Para acompanhar o crescimento populacional a gestão municipal em saúde busca expandir a rede de atenção à saúde bucal. Um marco importante na construção dessa rede de atenção à saúde bucal foi a ampliação nos últimos 2 anos do número de Equipes de Saúde Bucal (ESBs), atualmente, Palmas conta com 71 ESBs, o que corresponde a uma cobertura populacional de 87,52%, segunda maior cobertura entre as capitais do país (BRASIL, 2018).

Nesta pesquisa foram obtidas respostas de 25 cirurgiões-dentistas do município de Palmas, onde a maioria desses profissionais era do gênero feminino, totalizando 76% nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. A absorção maciça de mulheres no mercado de trabalho tem provocado modificações no perfil profissional em muitas áreas, e a Odontologia brasileira não constitui exceção. A maior presença de egressos

do gênero feminino vem de encontro com o processo de feminilização da profissão odontológica, notado desde a década de 1990 e também verificado em outros estudos no Brasil (COSTA, 2016. MORITA, 2010).

De acordo com Reis (2015) a formação acadêmica, as políticas públicas e as atribuições profissionais constituem as principais normas antecedentes do cirurgião-dentista, que antecipam a atividade antes de começar a agir, onde mesmo quando os profissionais buscam colocar em prática os protocolos, sempre há um encontro de diferentes vontades, sujeitos e necessidades. Isso denota a complexidade da atividade do trabalho em saúde.

**Tabela 1.** Idade e ano de graduação em odontologia.

Faixa etária	
50 a 59 anos	8%
40 a 49 anos	36%
30 a 39 anos	28%
20 a 29 anos	28%
Ano de formação	
1980 a 1989	4,3%
1990 a 1999	34,6%
2000 a 2009	8,6%
2010 a 2014	49,1%

**Fonte:** Resultados foram obtidos através do próprio Aplicativo de pesquisa do Google Drive em dados percentuais, 2019.

Em termos de pós-graduação, 64 % dos entrevistados relataram possuir uma especialização, 16% possuíam mestrado e 20% não possuíam nenhum tipo de pós-graduação. As novas competências requeridas dos profissionais da ESF são um tema que tem fomentado estratégias de capacitação e mudanças na formação dos profissionais de saúde (SOARES, 2014).

Ao serem inseridos na ESF, 56% dos profissionais passaram por uma capacitação sobre o serviço. Dos respondentes 40% relataram serem capacitados em curso de Saúde da Família, 10% fizeram o curso Introdutório em ESF, 10% fizeram Planejamento em Saúde Bucal, os outros 40% responderam que fizeram várias formações extras.

Os cursos foram realizados em épocas distintas, entre o período de 2000 a 2016. Como oferta de capacitação profissional, o município de Palmas oferecia aos profissionais de nível superior da área da saúde um Programa de Educação Continuada, PMEPS (Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde) com o propósito de manter uma política de educação contínua, estimulando a formação de profissionais e docentes, bem como a atuação profissional e fortalecimento da educação permanente em saúde a partir do desenvolvimento de estratégias inovadoras (BRASIL, 2017).

Dentre os profissionais que participaram da pesquisa, 76% relataram atuar em conjunto com clínica privada. Desses, 33% afirmaram exercer 4 horas semanais em clínica privada, sendo que os mesmos 33% relataram que atuam 6 horas semanais, 16,7 % informaram que exercem atividade fora do Centro de Saúde da Comunidade por 8 horas semanais e 16,7% como 20 horas semanais. Estes relatos mostraram que, embora o trabalho realizado por Morita et al. (2010) indique que a categoria é uma das mais bem remuneradas na Saúde, os cirurgiões-dentistas têm se mostrado infelizes com sua atuação profissional, pois se deparam com a necessidade de aumentar a carga-horária de trabalho, sendo que a remuneração salarial no emprego público em muitos casos deixa a desejar e/ou é pouco atrativa.

Sobre a composição da Equipe de Saúde Bucal, 68% possuíam em sua Equipe Auxiliar com curso de formação em Auxiliar em Saúde Bucal, 20% possuía o curso Técnico em Saúde Bucal, 8% não possuía formação na área, caracterizados como Auxiliar de Saúde e 4% relatou não possuir nenhum tipo de auxiliar. Costa et al. (2013) ressaltaram que a presença do Auxiliar de Saúde Bucal na equipe de saúde bucal é extremamente relevante, porque aumenta a eficiência do trabalho, eleva o rendimento, otimiza o tempo, minimiza o custo operacional, aumenta a produtividade e diminui o risco de contaminações. Sanglard et al. (2013), afirmaram que houve um impulsionamento à elaboração e a aprovação da Lei n.º 11.889, de 24 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008), a qual regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde

Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) no Brasil. Mesmo assim, eles afirmaram que nem sempre as condições físicas do ambiente permitem o trabalho auxiliado ou ainda, em muitas situações, os Auxiliares de Saúde Bucal não desempenham ações a eles permitidas, seja por falta de preparo por parte da própria equipe de saúde bucal, sejam por desconhecimento do profissional sobre as atribuições do ASB estabelecidas por lei, ou mesmo condições de aperfeiçoamento (LIMA, 2011).

Para que o trabalho de saúde bucal na ESF integre toda a equipe de profissionais, buscando o conhecimento integral e a construção coletiva das intervenções, e não apenas articulações pontuais e encaminhamentos internos, é essencial que todos compreendam, em toda a sua complexidade, o processo saúde-doença, e ampliem a intervenção sobre determinado problema, outrora reservado à atividade do cirurgião-dentista (FACCIN, 2010. MANFREDINI, 2004). Mello et al., (2014) afirmou que as ações interdisciplinares não estão consolidadas de modo que haja discussões mais amplas entre colegas da equipe, permitindo interface da saúde bucal com outras áreas da saúde e do cuidado. Sobre a integração entre a Equipe de Saúde da Família no Centro de Saúde da Comunidade em que atuam, 88% dos profissionais deste estudo afirmaram que há integração entre as equipes.

De acordo com Araújo e Dimenstein (2006), o trabalho em equipe no contexto da ESF ganhou uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades e do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades, contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. O 'modo de trabalho' prescrito para o cirurgião-dentista na ESF e na APS se difere do trabalho curativo individualizado tradicional. As ações de atenção integral, extrapolando os limites da boca, bem como a participação no processo de territorialização e panejamento da atuação da equipe, são exemplos das ações nas quais o cirurgião-dentista deve estar integrado, com os diferentes profissionais (REIS, 2015).

Ao perguntamos quais áreas sua equipe abrange no território de atuação, 79,2% dos cirurgiões-dentistas disseram compreender

escolas em seu território, outros 45,8% dispunham de Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), 12,5% contam com CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e ambos resultados de 16,7% relataram possuir Creches e Casas de apoio (lembrando que um território pode possuir 1 ou mais pontos de apoio). A integração da diversidade de ações e serviços, exigida para atender as necessidades de saúde da população, implica um arranjo organizacional sob forma de rede, cujo desafio reside no desenvolvimento de relações horizontais entre os pontos de atenção que se encontram articulados, sob regência da APS (MELLO, 2014).

Os resultados alcançados em ações de saúde bucal potencializam a melhoria da saúde e permitem maior contato entre os profissionais e a sua população, formando vínculo e fortalecendo as proposições. Estas ações expõem e promovem uma saúde bucal com mais equidade, longitudinalidade, integralidade, universalidade e participação comunitária, estreitando os laços com demais profissionais em outras atividades comunitárias e sociais, agregando conhecimento e práticas (NARVAI, 2006).

Ao questionarmos se a Secretaria de Saúde disponibilizava algum meio de locomoção para as ações na comunidade, 88% responderam que não; mas ao perguntar se eles já solicitaram alguma vez este auxílio, 47,3% responderam que não solicitaram e 30,1% relataram que sim, sendo que os outros 22,6% não responderam. Em 2016 o município de Palmas passou por uma divisão territorial no Território de Saúde, de acordo com a PORTARIA INST Nº 518/SEMUS/GAB, onde criou-se uma base territorial para organização das ações e serviços de saúde orientados pela melhoria do acesso, da equidade, da maior satisfação dos usuários, da resolutividade e eficácia. Esta divisão permitiu à gestão um adequado acompanhamento de cada região, desempenhando uma melhor atenção à saúde e cobertura em oferta de cuidado. Porém, em contrapartida, o município de Palmas possui uma dimensão territorial extensa, havendo lugares com acessibilidade difícil (algumas como zonas rurais), trazendo a insatisfação de muitos cirurgiões-dentistas, os quais são obrigados a se deslocar através de seu próprio meio de transporte.

Semelhante ao contexto geográfico de Palmas, Mello (2014) relatou que grandes lacunas e insuficiências organizativas ainda são observáveis, especialmente no contexto de grandes aglomerados urbanos, onde os problemas de integração de variados serviços se adensam, devido ao acúmulo histórico de distintas culturas institucionais e complexas demandas populacionais.

A maioria dos cirurgiões-dentistas, 80%, informou utilizar auxílios visual ou audiovisual em ações educativas na comunidade, sendo que 95% dos entrevistados utilizavam macromodelo, 30% data show, 15% adotavam fantoches e apenas 5% utilizavam recursos como “histórias contadas”. Ao falar sobre atividades lúdico-pedagógicas, Santos (2012), afirmou que essas atividades podem ser aproveitadas para ensinar diversos conteúdos, transformar tarefas cansativas e tidas como desagradáveis em lazer e promover um aprendizado rápido. Para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF) o cirurgião-dentista precisa desenvolver competências para além do seu núcleo do saber, saindo do isolamento da prática restrita ao consultório e ao equipamento odontológico, assumindo um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde (REIS, 2015). Ao perguntamos se a Secretaria de Saúde disponibilizava algum subsídio para ações em comunidade, 70,8% responderam que sim, e os materiais mais utilizados pelos profissionais estão descritos na tabela 2:

Ao abordamos sobre Visita Domiciliar, 100% dos entrevistados relataram realizar a atividade, acompanhados por ASB ou TSB. Em 76% dos respondentes, 72% realizavam suas visitas domiciliares com Agente Comunitário de Saúde e 52% também faziam as visitas com outros profissionais da equipe (podendo o cirurgião-dentista realizar visita domiciliar com um ou mais profissional concomitantemente).

Ao abordamos sobre Visita Domiciliar, 100% dos entrevistados relataram realizar a atividade, acompanhados por ASB ou TSB. Em 76% dos respondentes, 72% realizavam suas visitas domiciliares com Agente Comunitário de Saúde e 52% também faziam as visitas com outros profissionais da equipe (podendo o cirurgião-dentista realizar visita domiciliar com um ou mais

profissional concomitantemente). Com relação a receptividade, 100% dos profissionais afirmaram que eram bem-recebidos pelos moradores, bem como pela comunidade.

**Tabela 2.** Materiais mais utilizados em ações na comunidade

<b>Materiais</b>	<b>Nº de Profissionais (%)</b>
Escovas	100%
Creme Dental	96%
Fio Dental	48%
Antisséptico Bucal	28%
EPI	80%
Algodão em Rolete	28%
Gaze	48%
Evidenciador de Placa	52%
Flúor Tópico	12%
Macromodelo	4%
Abaixador de Língua	4%
Pedra Pomes	4%

**Fonte:** Resultados foram obtidos através do próprio Aplicativo de pesquisa do Google Drive em dados percentuais, 2019.

O estudo de Costa et al., (2013) corrobora com os nossos resultados, uma vez que ele afirmou que se deve ter em mente a visita domiciliar como uma oportunidade para estreitamento de laços entre profissional/profissional e profissional/usuário. Esse momento deveria ser muito bem aproveitado por todos os membros das equipes da Estratégia Saúde da Família. Bourget (2006) afirmou que os cuidados domiciliares envolvem ações de promoção e prevenção a saúde e verificação das condições de saúde bucal desses indivíduos e, constatada a necessidade de tratamento odontológico, o encaminhamento para o nível assistencial adequado.

Na questão discursiva, os cirurgiões-dentistas tiveram a oportunidade de expressar as dificuldades que encontravam durante as ações extramuros, 85% profissionais relataram elas, sendo:

**Tabela 3.** Dificuldades nas ações extramuros

Dificuldades	Nº de Profissional (%)
Apoio e/ou aceitação da comunidade	19%
Apoio e/ou aceitação da Equipe de Saúde	5%
Apoio e/ou aceitação da Secretaria de Saúde	14%
Locomoção	52%
Difícil acesso	29%
Falta de subsídios	52%
Falta de material para auxílio	38,1%

**Fonte:** Resultados foram obtidos através do próprio Aplicativo de pesquisa do Google Drive em dados percentuais, 2019.

Ao serem questionados se participavam de alguma Educação Continuada 52% informaram que sim; sendo 63,7% PMEPS (Política Municipal de Educação Permanente em Saúde), 18,2% PIRS (Programa Integrado de Residência em Saúde) e também 18,2% informaram que participam de Grupos (onde o profissional pode estar inserido em um ou mais cursos ao mesmo tempo), mostrando assim que a grande maioria dos profissionais se encontrava capacitada, decorrência de cursos ofertados pela Secretária Municipal de Saúde de Palmas.

Com relação aos estímulos ofertados pela Secretaria de Saúde para realizar ações na comunidade, 96% dos entrevistados relataram sentir falta de estímulos. Os profissionais informaram que necessitam de apoio das mais variadas naturezas: 72% responderam sentir falta de materiais de consumo, 72% sentiram falta de um apoio financeiro para o cumprimento das ações, 64% relataram a necessidade de locomoção, 4% gostariam que a gestão ofertasse alimentação, mas apenas 4% afirmaram que sempre tiveram o apoio necessário da Secretaria Municipal de Saúde. Com a sistematização do seu trabalho cotidiano de forma integrada às equipes de saúde da família, a saúde bucal ganhou destaque com ações que contribuíram para a qualificação da atenção básica e, conseguiu reconhecimento junto ao Ministério da Saúde, o qual publicou a Portaria

MS/GM nº1.444 de 2002 que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal, por meio da ESF (BRASIL, 2000).

O PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica), através da avaliação da qualidade dos serviços, busca, dentre outros aspectos, a verificação da efetividade da incorporação dos princípios do SUS pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012). No tocante à integralidade, entendida como um grupo de ações e serviços que se propõem a garantir a continuidade do cuidado em saúde pode-se observar que a efetivação da prestação de serviço odontológico continuada é rompida quando há indisponibilidade de insumos/materiais e equipamentos para a oferta de atenção ao usuário. Dessa forma, evidencia-se a importância da avaliação da estrutura para a atenção odontológica, a fim de identificar e caracterizar fragilidades na atenção básica, na perspectiva de garantir resolutividade, eficiência e melhoria da qualidade e do acesso às ações em saúde bucal.

No segundo questionário, as perguntas foram voltadas para as frequências das ações na comunidade, onde as respostas variavam entre N: Nunca realiza, R: Raramente realiza, F: Frequentemente realiza e S: Sempre realiza. Os dados encontram-se dispostos na Tabela 4.

Os dados confirmaram a condução e a execução de trabalhos educativos. Mesmo com algumas dificuldades, nos foi possível observar que muito do que se propaga nas políticas de saúde estava sendo realizado e ofertado à população. Mello (2014) afirmou que os serviços odontológicos na atenção primária são comprimidos pela busca de pronta resposta por parte da população. A população não valoriza o desenvolvimento de atividades e ações educativas, e acaba vendo essas ações como perda de tempo ou até mesmo como abandono do serviço na assistência odontológica, que ao ver destes é mais resolutivo; pensamento este provindo do modelo de odontologia curativista que impera no sistema.

**Tabela 4.** Frequência das ações

<b>Ações na comunidade</b>	<b>N</b>	<b>R</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
Participa de feira de saúde	52%	32%	16%	0%
Ações coletivas de cuidado com a saúde em escolares	0%	24%	40%	36%
Ações coletivas de cuidado com a saúde em grupos (idosos, gestantes, hiperdia...)	0%	12%	40%	48%
Trabalho com orientação de hábitos Saudáveis	0%	32%	40%	28%
Trabalho com orientação alimentar	0%	48%	32%	20%
Realização de visita domiciliar	0%	24%	40%	36%
Realização de diagnóstico epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal e avaliações das ações	8%	60%	28%	4%
Realização de supervisão técnica do TSB e ASB	32%	12%	32%	24%
Acompanhamento e desenvolvimento de atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF, buscando aproximar e integrar ações de saúde forma multidisciplinar	4%	44%	36%	16%
Aplicação de flúor	4%	8%	44%	44%
Aproveitamento da sala de espera com palestras	16%	32%	48%	4%
Aplicação em Selante	20%	36%	32%	12%
Controle de placa bacteriana	12%	28%	24%	36%
Higiene bucal supervisionada	0%	8%	48%	44%
Escovação supervisionada	0%	0%	44%	56%
Profilaxia	0%	0%	16%	84%
Orientação de higiene oral	0%	0%	12%	88%
Encaminhamento dos usuários para outros	0%	20%	28%	52%

**Fonte:** Resultados foram obtidos através do próprio Aplicativo de pesquisa do Google Drive em dados percentuais, 2019.

Os dados confirmaram a condução e a execução de trabalhos educativos. Mesmo com algumas dificuldades, nos foi possível observar que muito do que se propaga nas políticas de saúde estava sendo realizado e ofertado à população. Mello (2014) afirmou que os serviços odontológicos na atenção primária são comprimidos pela busca de pronta resposta por parte da população. A população não valoriza o desenvolvimento de atividades e ações educativas, e acaba vendo essas ações como perda de tempo ou até mesmo como abandono do serviço na assistência odontológica, que ao ver destes é mais resolutivo; pensamento este provindo do modelo de odontologia curativista que impera no sistema.

As ações coletivas ainda permanecem coadjuvantes na inserção do cuidado à saúde bucal na rede de atenção em saúde, pois o foco é direcionado às práticas assistenciais, cuja visibilidade do resultado é de curto prazo,

ou de pouca resolutividade a longo prazo. Bonfada et al. (2012) constata que a clínica tradicional biologicista precisa ser desconstruída, rompendo com a lógica do sofrimento manifesto e da queixa-conduta, com vistas a reorganização tecnológica das ações.

De acordo com os resultados deste trabalho tornou-se evidente a necessidade de fortalecer ações que propiciam qualidade de vida sem necessidade de intervenções clínicas, uma vez que estas são atividades de baixo custo, fácil condução e alcançam muitas pessoas, aumentando e propiciando saúde por meio da educação. Além disso, faz-se necessário que o profissional estabeleça vínculo, através da sua atuação entre o paciente, o serviço e a sua vida. Estas considerações também foram afirmadas por Freitas, 2007.

Ao final dos questionários, deixamos uma questão discursiva, onde o cirurgião-dentista tinha a liberdade de descrever as principais

dificuldades encontradas por eles nos ambientes em que atuavam, 14 dos 25 profissionais

entrevistados opinaram, no quadro 1 fica descrito suas inquietudes:

**Quadro 1.** Principais dificuldades relatadas

CD1	Falta de insumo
CD2	Falta de material e atendimento de urgências sobrecarregando os serviços de prevenção e promoção a saúde.
CD3	Falta de equipamentos e insumo
CD4	Não há dificuldade
CD5	Distância
CD6	Falta de material didático
CD7	Espaço físico inadequado
CD8	Turno de trabalho para desenvolvimento das atividades
CD9	Vagas pra especialidades e contra referência
CD10	Falta de ASB
CD11	Ajuda dos Agentes de Comunidade em Saúde para realizar questionário durante as visitas domiciliares para traçar o perfil epidemiológico do nosso território no que se refere a saúde bucal
CD12	Falta de material
CD13	Descaso da gestão com os trabalhadores
CD14	Estrutura, muitos profissionais que dividem mesmos consultório.

Fonte: Os Autores

Com relação às informações acima, este trabalho permitiu observar que vários fatores estão envolvidos no desenvolvimento das ações educativas das equipes de saúde bucais, como falta de insumos, deficiência na estrutura física e falta de apoio da gestão. Assim, reforça-se a necessidade de maior apoio e incentivo por parte da gestão com relação à atenção odontológica no SUS pela sua relevância no cuidado integral à população (CONTARATO, 2011), lembrando que a Odontologia deixou de ser meramente curativa, tratando-se em tempos atuais, como Odontologia de caráter preventivo, promovendo, protegendo e recuperando a saúde do indivíduo como um todo (PAULETO, 2004).

Ainda com relação a estes cuidados integrais do paciente, houve uma ineficácia nessas ações, não havendo transformação significativa e direta na saúde bucal dos usuários. Mesmo sendo consagrada a prevenção e promoção de saúde como benéficas para a população, confirmando assim a magnitude dessas práticas. Por outro lado, existe uma necessidade de estímulo da gestão, havendo lacunas como a ausência de material, incentivos profissionais e instrumentos de educação. Dessa forma, naturalmente se esperaria um consequente apoio

da gestão, garantindo maior eficácia nas ações e assegurando ao usuário saúde bucal e geral de qualidade e duradoura (COSTA, 2013).

#### 4. CONCLUSÃO

A proposta do SUS para o cirurgião-dentista vai além do olhar clínico, devendo ele pensar de forma integral e ampliada, mesmo que em alguns casos a formação acadêmica tenha sido voltada para o “curativismo”, não contemplando o trabalho de educação em saúde. Essa falta de adesão reflete em falta de preparo para o trabalho multidisciplinar e sensibilidade para o interdisciplinar, reforçando a necessidade frequente de um plano de educação permanente baseado nas necessidades da comunidade e na base formadora do profissional.

Este trabalho identificou o nível de conhecimento e reconhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre a necessidade/importância de atuação integral junto ao usuário do SUS e demais servidores da equipe multi-profissional, bem como ficou evidente sua atuação e disponibilidade em desenvolver atividades educativas junto a grupos sociais e instituições, mesmo com dificuldades, carências e contradições. Situações

estas que nos mostram a necessidade de um novo olhar dos gestores da saúde, implicando no enfrentamento de situações complexas de saúde, estimulando a intervenção intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, sendo possível a efetivação do modelo do SUS para as ações de saúde bucal, por se tratar de uma estratégia fundamental e adequada.

## 5. REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L.J.F.B; MARTINS, I.; DANTAS, E.D.V.A Política Nacional da Saúde Bucal e suas reverberações na qualidade de Saúde Bucal. *Catussaba - Revista Científica da Escola de Saúde da Paraíba*. v 5, n. 1, p. 61-72, 2016.
- ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 11, n. 1, p. 219-27, 2006.
- Atenção Domiciliar e o SUS. Ministério da Saúde, Brasília-DF, v.1, n.1, 2012.
- BONFADA D.; CAVALCANTE J.R.L.P; ARAÚJO D.P.; GUIMARÃES, J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*. n.17, v.2, 555-560, Rio de Janeiro, 2012.
- BOURGET, M.M.M. Programa Saúde da Família: saúde bucal no PSF. O cotidiano do PSF. 1 ed, Martinari; São Paulo, 2006.
- BRASIL. Diário Oficial do Município de Palmas. Nº 1.533 - terça-feira, 28 de junho de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Programa Saúde da Família. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.444/00 de incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, de 28 de dezembro de 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você, acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar -
- BRASIL. Ministério do Trabalho. Lei Nº 11.889. Regulamenta as profissões auxiliares da odontologia. Em 24 de dezembro de 2008, Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Prefeitura Municipal de Palmas. Secretaria de Saúde. Grupo Condutor de Odontologia. Linha Guia de Saúde Bucal de Palmas Organização da Rede de Atenção e Vigilância à Saúde Bucal; 2018.
- BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde de Palmas-TO. Observatório Social e da Saúde.
- C. A. S. Saúde bucal nas escolas: relato de experiência. *Revista Ciência em Extensão*. v.8, n.1, p.161-169, 2012.
- CONTARATO, P.C. Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no município de Vitória, do Espírito Santo. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2011. 161 p. Dissertação (mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- COSTA, B.A.O., GONÇALVES, C.F., ZANIN, L., FLORIO, F.M., Inserção de Egressos de Odontologia do Tocantins no Mercado de Trabalho. *Revista da ABENO*. v.16, n.2, p.93-104, 2016.

- COSTA, R. M.; JUNIOR, A. M.; COSTA, I. C. C. C.; PINHEIRO, I. V. A. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 7(24), 147-163, 2013..
- FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. supl. 1, p. 1643-1652, 2010.
- FOCESI, E. Educação em saúde: campos de atuação na área. *Revista Brasileira de Saúde Escolar*. v.17, n.1, p.77-93, 1990.
- FREITAS, C.H.S.M. Dilemas no exercício profissional da odontologia: a autonomia em questão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.11, n.21, p.25- 38, 2007.
- LIMA, A. R. C. A importância da Odontologia no Programa Saúde da Família. Brasília: UNASUS - Universidade Aberta do SUS, 2011.
- MANFREDINI, M.A. PSF: promovendo saúde bucal. *Revista Brasileira de Saúde da Família; Edição especial*. v.5, n.7, p.50-4, 2004.
- MELLO, A. L. S. F. D., ANDRADE, S. R. D., MOYSÉS, S. J., ERDMANN, A. L. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.19, n.1, p.205- 214, 2014.
- MORITA, M.C.; HADDAD, A.E.; ARAÚJO, M.E. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá-SP: Dental Press, 96 p., 2010.
- MOYSÉS, S.T.; WATT, R. Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; p. 1-22, 2000.
- NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*. v.40, n. spe, 141-147; 2006.
- PAULETO, A. R. C., PEREIRA. M. L. T., CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.9, n.1, p. 121-130, 2004.
- REIS, W. G., SCHERER, M. D. D. A., & CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde em Debate*. v.39, n.104, p.56-64, 2015.
- SALIBA, C. A., SOARES, G. B., MARTIN, I. M., GARBIN, A. J. Í., & ARCIERI, R. M. Saúde bucal na escola: avaliação do conhecimento dos pais e da condição de saúde bucal das crianças. *RFO UPF*, v.21, n.1, p.81-89, 2016.
- SANGLARD, C. A. O., WERNECK, M. A. F., LUCAS, S. D., ABREU, M. H. N. G. Atribuições dos técnicos em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.18, n.8, p.2453-2460, 2013.
- SANTOS, K. T.; GARBIN, A. J. I., & GARBIN, SOARES, É.F.; REIS, S. C. G.B.; FREIRE, M.C. M. Características ideais do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 327-341, 2014.
- STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. 726p, 2002.