

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: DO PANORAMA NACIONAL
AO COTIDIANO DE TRABALHO EM ÁREAS
RURAIS**

Suyene de Oliveira Paredes

SAPIENTIA AEDIFICAT

2023

SUYENE DE OLIVEIRA PAREDES

**PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: DO PANORAMA NACIONAL AO COTIDIANO DE
TRABALHO EM ÁREAS RURAIS**

**ORAL HEALTH PROMOTION WITHIN THE FAMILY HEALTH
STRATEGY: FROM THE NATIONAL PANORAMA TO DAILY WORK
IN RURAL AREAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Odontologia – Área de Concentração Ciências Odontológicas.

Orientador: Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte

João Pessoa

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

P227p Paredes, Suyene de Oliveira.

Promoção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família : do panorama nacional ao cotidiano de trabalho em áreas rurais / Suyene de Oliveira Paredes. - João Pessoa, 2023.

166 f. : il.

Orientação: Franklin Delano Soares Forte.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Saúde bucal. 2. Promoção da saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Condições de trabalho. 5. Saúde da população rural. I. Forte, Franklin Delano Soares. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616.314-084(043)

Elaborado por WALQUELINE DA SILVA ARAUJO - CRB-15/514

Informações Complementares:

Título em outro idioma: Oral health promotion within Family Health Strategy: from the national panorama to daily work in rural areas

Palavras-chave em outro idioma: Health Promotion; Oral Health; Primary Health Care; Working Conditions; Rural Health.

Área de concentração: Ciências Odontológicas

Linha de Pesquisa: O cuidado em saúde e a prática odontológica baseada em evidências

Banca examinadora: Examinador 1 (Franklin Delano Soares Forte, Universidade Federal da Paraíba); Examinador 2 (Fábio Correia Sampaio, Universidade Federal da Paraíba); Examinador 3 (Edson Hilan Gomes de Lucena, Universidade Federal da Paraíba); Examinador 4 (Andreza Cristina de Lima Targino Massoni, Universidade Estadual da Paraíba); Examinador 5 (Maria Helena Rodrigues Galvão, Universidade Federal de Pernambuco).

Data de defesa: 17-11-2023

Informações acadêmicas e profissionais do(a) aluno(a)

- ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8068-5729>

- Link do Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2030631312747113>

SUYENE DE OLIVEIRA PAREDES

**PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: DO PANORAMA NACIONAL AO COTIDIANO DE
TRABALHO EM ÁREAS RURAIS**

A comissão examinadora abaixo relacionada julgou a Defesa de Tese apresentada em sessão pública no dia 17 de novembro de 2023 e atribuiu o conceito APROVADO(A)



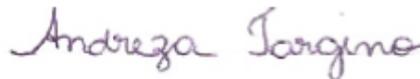
Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte
Orientador – UFPB



Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio
Examinador - UFPB



Prof. Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena
Examinador – UFPB



Profa. Dra. Andreza Cristina de Lima Targino Massoni
Examinadora - UEPB



Profa. Dra. Maria Helena Rodrigues Galvão
Examinadora - UFPE

DEDICATÓRIA

Esta tese é dedicada a todos os cirurgiões-dentistas que vivenciam os desafios diários do trabalho em áreas rurais. Nas singularidades desses territórios, também existem gratidão e reconhecimento, por vezes ocultos, a esses profissionais, que compartilham conhecimentos e promovem bem-estar e qualidade de vida, transcendentemente ao campo da saúde bucal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus**. Sua luz foi minha fortaleza e sua infinita sabedoria permitiu que eu realizasse meus projetos de vida a seu tempo. Seu amor me cercou de pessoas inspiradoras, as quais eu não poderia deixar de mencionar nestes agradecimentos.

Agradeço, especialmente, ao professor **Franklin Delano Soares Forte**, por sua presença constante na orientação de todas as etapas desta tese. Obrigada por todos os ensinamentos, pela dedicação e pelo encorajamento. Agradeço por ter confiado e acreditado em mim. Como verdadeiro mestre, suas contribuições e seus conselhos foram para além da minha formação de pesquisadora.

Agradeço à minha querida família. À minha mãe, **Solange Maria de Oliveira**, por todo esforço e renúncias empregados para que eu pudesse subir cada degrau da minha formação acadêmica. Por seu exemplo de luta, e sobretudo, pelo incentivo que me proporcionou realizar sonhos. Fazendo papel de mãe e pai, sempre esteve presente e quando eu fraquejei, ela me levantou. Ao meu pai **Ivonildo Dias Paredes** (*in memoriam*), tenho a certeza de que foi a sua ajuda espiritual que me fez voltar à sua adorada Paraíba.

À minha irmã **Renata de Oliveira Paredes**, pela cumplicidade, cuidado, e apoio emocional que se estendem por toda uma vida. À minha irmã **Alcyone** e à família **Paredes Feitosa**, por quem tenho tanto amor e carinho. As conquistas de cada uma de nós serão sempre as conquistas de todas nós.

Agradeço à minha amada **Laurinha (Laura Paredes de Souza)**, que mesmo não entendendo o “colinho” negado e as vezes que eu não me sentei para brincar de boneca, saberá que todos os meus esforços e objetivos são impulsionados pelo amor incondicional que eu tenho a ela.

Agradeço ao meu esposo **Felipe Márcio de Souza**, com quem compartilho cada momento de indecisão, de dificuldade, de vitória e de felicidade. Obrigada por seu companheirismo e compreensão.

Agradeço à todos os meus familiares, pelo apoio e pelos momentos de diversão. Em especial à família Oliveira (**família “Panela”**) e à família **Souza**. Em minhas memórias, individualizo a importância de cada um, nos mais difíceis e nos melhores momentos da minha vida.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Odontologia (PPGO) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), pela oportunidade de aprimoramento intelectual e pelo apoio institucional recebido.

Agradeço ao corpo docente do PPGO/UFPB. Em especial, aos professores **Fábio Correia Sampaio, Edson Hilan Gomes de Lucena, Simone Alves de Sousa e Ana Maria Gondim Valença**, aos quais expresse minha gratidão e admiração. Para mim, exemplos de humildade, diante de tão grandes saberes.

Agradeço aos professores **Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu, Maria Socorro de Araújo Dias e Maria Helena Rodrigues Galvão** pelas valiosas contribuições na análise dos dados e revisões dos artigos que fazem parte desta tese.

Agradeço às queridas amigas que o mestrado e a docência me apresentaram: **Jocianelle Nunes, Andreza Targino, Samara Feitosa, Margarida Pontes, Fátima Roneiva, Estefânia Queiroga, Josefa Ribeiro (Kaká)** e aos queridos amigos do grupo NDE/Colegiado do Curso de Odontologia do UNIFIP.

Agradeço a todos os **amigos da turma 2019.1** (turma pioneira) do Doutorado em Ciências Odontológicas do PPGO/UFPB. Em especial, a **Karla Meira, Rebeca Figueiredo, Marcos Alexandre, Deborah Wanderley e Cristiane Maia**. Jamais esquecerei a rede de apoio que formamos. Nós ajudamos e torcemos um pelo outro, como se nos conhecêssemos há anos. As palavras de incentivo e os momentos de descontração foram fundamentais para nossas conquistas, principalmente, diante das incertezas e dos desafios que a pandemia da COVID-19 nos impôs.

Agradeço às queridas amigas **Maria Eliza Bezerra, Mikaelle Ferraz** (PPGO/UFPB) e **Cristiane Costa Braga** (PPGSF/UFPB) por compartilharem comigo conhecimentos e por me ajudarem no treinamento para as entrevistas.

Agradeço aos amigos **Gustavo Moreira e Tarsis Gomes** pela construção e design gráfico do instrumento de coleta de dados utilizado no segundo plano de análise desta tese.

Por fim, agradeço aos colegas **cirurgiões-dentistas** da ESF da Paraíba que participaram deste estudo, pela relevante contribuição de cada um para a produção do conhecimento científico.

Ciência não se faz só. A todos vocês, meus sinceros agradecimentos!

EPÍGRAFE

“A saúde não começa em um hospital ou clínica. Começa em nossas casas e comunidades, com a comida que comemos e a água que bebemos, o ar que respiramos, em nossas escolas e locais de trabalho”.

Tedros Adhanom Ghebreyesus

10ª Conferência Internacional de
Promoção da Saúde.

RESUMO

Na perspectiva de se compreender a promoção da saúde, no campo da saúde bucal, desde a produção nacional dos procedimentos de Promoção de Saúde Bucal (PSB), até investigações mais aprofundadas das práticas de PSB em nível locorregional, este estudo estabeleceu diferentes objetivos a partir de três planos de análise (PA). O PA 1 investigou associações entre fatores sociodemográficos e de cobertura municipal da Estratégia Saúde da Família (ESF) com procedimentos de PSB no Brasil. Tratou-se de uma investigação transversal, baseada em dados secundários do Ministério da Saúde, referentes a 2019. Modelos de regressão binomial negativa verificaram a força de associação entre os desfechos com covariáveis e estimaram a razão de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%). Foram incluídos 4.913 municípios. Municípios com menor desigualdade de renda (RP=1,04; IC95% 1,01-1,08), maior taxa de analfabetismo (RP=1,06; IC95% 1,00-1,13) e porte populacional de 10,001 a 50,000 habitantes (RP=1,07; IC95% 1,02-1,12) e 50,001 a 100,000 (RP=1,21; IC95% 1,12-1,30) apresentaram maior frequência de procedimentos individuais. Por outro lado, a menor frequência esteve associada à menor vulnerabilidade à pobreza (RP=0,83; IC95% 0,78-0,89) e à menor cobertura de Equipes de Saúde Bucal (EqSB) (RP=0,39; IC95% 0,33-0,45). Quanto aos procedimentos coletivos, observou-se menor frequência associada à menor desigualdade de renda (RP=0,91; IC95% 0,87-0,95), IDH baixo (RP=0,53; IC95% 0,35-0,80) e médio (RP=0,79; IC95% 0,71-0,87), e menor renda per capita (RP=0,84; IC95% 0,81-0,88). O PA 2 investigou associação entre o perfil sociodemográfico e profissional e fatores ligados ao trabalho com a efetividade das estratégias de PSB. Tratou-se de uma investigação transversal, quantitativa, descritiva e analítica. Participaram do estudo 211 cirurgiões-dentistas, selecionados por amostragem do tipo bola de neve, os quais atuavam nas EqSB na Paraíba. Os dados foram coletados por questionário aplicado virtualmente. Para avaliação do desfecho, utilizou-se a matriz que contempla valores e pilares da promoção da saúde. Os dados foram analisados por Regressão de Poisson, sendo significativos com $p < 0,05$. A melhor efetividade das estratégias de PSB foi associada às EqSB classificadas como mistas (área de abrangência urbana e rural) (RP=1,54; IC95% 1,154-2,076), em que os cirurgiões-dentistas possuíam vínculo por contrato temporário (RP=1,67; IC95% 1,240-2,250). O PA 3 objetivou compreender o trabalho dos cirurgiões-dentistas da ESF, que atuavam em EqSB

rurais na Paraíba, na perspectiva da PSB e do cotidiano de trabalho. Tratou-se de uma investigação qualitativa. Quatorze profissionais foram entrevistados. Para compreensão e sistematização dos dados, adotou-se a análise de conteúdo temática. As narrativas revelam conceitos imprecisos de promoção da saúde, restringindo-os à prevenção dos agravos bucais. Há desigualdades quanto às unidades de apoio e existem populações rurais sem qualquer assistência aos serviços especializados de saúde bucal. Observou-se envolvimento dos profissionais nas práticas campanhistas e nas metas com gestantes. Existem dificuldades na formação de grupo, e as ações intersetoriais são resumidas à parceria entre saúde/educação. As realidades são discrepantes frente ao apoio da gestão. As narrativas apontaram para ações de PSB capazes de produzir autoestima e melhorar a qualidade de vida, pautadas na integralidade e nos valores da solidariedade e humanização. Compreenderam-se sentimentos positivos frente ao sentido do trabalho e ao relacionamento com as comunidades. As adversidades relatadas referiram-se às carências socioeconômicas e emocionais, aos distanciamentos e barreiras geográficas, às desigualdades de acesso e organização e aos percalços para conciliar atividades coletivas e individuais. O modelo biologicista de atenção e as extrações dentárias são evidentes no contexto rural. Insatisfações foram atribuídas à remuneração e à infraestrutura. Conclui-se que as condições sociodemográficas municipais (desigualdade de renda, analfabetismo, porte populacional, vulnerabilidade à pobreza, IDH e renda per capita) e a cobertura de EqSB na ESF influenciam a realização de procedimentos de PSB no Brasil. Na Paraíba, a maior efetividade das estratégias de PSB pode ser influenciada por profissionais que atuam em áreas de abrangência urbanas e rurais e com vínculo empregatício do tipo contrato temporário. Na compreensão dos territórios rurais paraibanos, as singularidades dessas localidades repercutem em desafios para as práticas de PSB e para o cotidiano de trabalho dos cirurgiões-dentistas.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde; Condições de Trabalho; Saúde da População Rural.

ABSTRACT

To comprehensively grasp the landscape of health promotion within the realm of oral health, encompassing both the national landscape of Oral Health Promotion (OHP) procedures and delving into more profound explorations of OHP practices at the local and regional levels, this study has formulated distinct objectives across three Planes of Analysis (PAs). PA 1 undertook an inquiry into the correlations between sociodemographic variables and municipal coverage provided by Family Health Strategy (FHS) in conjunction with OHP procedures across Brazil. This inquiry assumed the form of a cross-sectional investigation, leveraging secondary data sourced from the Ministry of Health, referring to 2019. Negative binomial regression models were employed to associate outcomes with covariates and to estimate the prevalence ratio (PR) along with corresponding 95% confidence intervals (95%CI). The analytical cohort encompassed 4,913 municipalities. The findings indicated that municipalities characterized by lower income inequality (PR=1.04; 95%CI 1.01-1.08), higher illiteracy rates (PR=1.06; 95%CI 1.00-1.13), and populations ranging from 10,001 to 50,000 inhabitants (PR=1.07; 95%CI 1.02-1.12), as well as populations ranging from 50,001 to 100,000 (PR=1.21; 95%CI 1.12-1.30), exhibited a heightened incidence of individual OHP procedures. Conversely, a reduced frequency was associated with lower susceptibility to poverty (PR=0.83; 95%CI 0.78-0.89) and diminished Oral Health Teams (OHT) coverage (PR=0.39; 95%CI 0.33-0.45). Regarding collective procedures, diminished frequency was correlated with lower income inequality (PR=0.91; 95%CI 0.87-0.95), lower HDI values (PR=0.53; 95%CI 0.35-0.80) for both low and medium HDI levels (PR=0.79; 95%CI 0.71-0.87), and lower per capita income (PR=0.84; 95%CI 0.81-0.88). PA 2 delved into an examination of the nexus between sociodemographic and professional profiles, coupled with work-related factors, and the effectiveness of OHP strategies. This phase of investigation adopted a cross-sectional, quantitative, descriptive, and analytical framework. The study cohort comprised 211 dentists selected through snowball sampling, all of whom were affiliated with OHT operating in Paraíba. Data were collected through a virtual questionnaire. To assess the effectiveness of OHP strategies, we employed a matrix encompassing health promotion values and pillars. The data were analyzed using Poisson Regression. Results were considered significant at $p < 0.05$. Enhanced effectiveness of OHP strategies was notably linked with OHTs classified as "mixed" (urban and rural

coverage area) (RP=1.54; 95%CI 1.154-2.076), where dentists held temporary contracts (RP=1.67; 95%CI 1.240-2.250). PA 3 aimed to achieve an in-depth comprehension of the activities of FHS dentists operating within rural OHTs in Paraíba, particularly from the standpoint of OHP and their daily responsibilities. Adopting a qualitative approach, this phase of investigation encompassed interviews with fourteen professionals. Thematic content analysis was employed as the methodology to understand and systematize the gathered data. The narratives emerging from this analysis unveiled imprecise conceptualizations of Health Promotion, wherein the scope of these concepts was often confined to the prevention of oral diseases. Disparities were evident regarding support units, and certain rural populations were devoid of specialized oral health services. Noteworthy engagement in outreach practices and initiatives targeting pregnant women was observed among professionals. However, the establishment of cohesive groups faced challenges, and intersectoral actions primarily revolved around collaborations between the healthcare and education domains. Discrepancies were evident in terms of managerial support. The narratives underscored the potential of OHP endeavors to bolster self-esteem and enhance quality of life, premised upon principles of comprehensive care, solidarity, and humanization. Positive sentiments were associated with the significance of their work and the favorable interactions with communities. These professionals encountered adversities encompassing socioeconomic and emotional requisites, geographical remoteness, infrastructural limitations, disparities in accessibility and organization, and complexities in harmonizing collective and individual initiatives. The biomedical care model and dental extractions were ingrained within the rural context, while dissatisfactions were attributed to remuneration and infrastructure. In summation, the municipal sociodemographic variables (income inequality, illiteracy populations ranging, susceptibility to poverty, HDI and per capita income) and OHT/FHS coverage influence the performance of OHP procedures in Brazil. In the Paraíba, greater effectiveness of OHP strategies can be influenced by professionals who work in urban and rural areas and with temporary contracts. In understanding the rural territories of Paraíba, the singularities of these locations result in challenges for OHP practices and the daily work of dentists.

Keywords: Health Promotion; Oral Health; Primary Health Care; Working Conditions; Rural Health.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião–dentista
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EqSB	Equipe de Saúde Bucal
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Km ²	Quilômetro quadrado
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Plano de Análise
PB	Estado da Paraíba
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PSB	Promoção da Saúde Bucal
PSE	Programa Saúde na Escola
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. REVISÃO DA LITERATURA	06
2.1 A promoção da saúde nas conferências internacionais	06
2.2 A promoção da saúde no contexto das políticas de saúde do Brasil	13
2.3 Atenção Primária à Saúde e a dinâmica do trabalho em áreas rurais no Brasil	17
2.3.1 Condições e vulnerabilidades socioeconômicas das populações rurais e o contexto da saúde	18
2.3.2 Acesso e organização dos serviços de saúde em territórios rurais	20
2.3.3 Força do trabalho em saúde nos territórios rurais	24
3. OBJETIVOS	27
3.1 Objetivos gerais	27
3.2 Objetivos específicos	27
4. ARTIGO 1	29
5. ARTIGO 2	47
6. ARTIGO 3	67
7. ARTIGO 4	98
8. CONSIDERAÇÃO GERAIS	120
9. CONCLUSÃO	123
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	139
ANEXOS	146

1. INTRODUÇÃO

A partir da publicação da Carta de Ottawa, a promoção da saúde foi definida como sendo o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986). Este entendimento foi ampliado, visto que, atualmente, compreende-se a promoção da saúde como um processo que transcende o fortalecimento de capacidades individuais, por transcender o campo da saúde e representar um amplo processo político. Nesse sentido, a promoção da saúde envolve ações com base nos determinantes sociais, ambientais e econômicos da saúde (Nutbeam; Muscat, 2021) e na interação desses determinantes.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída desde 2006, com o propósito de construir um modelo de atenção à saúde que priorizasse as ações de melhoria da qualidade de vida individual e coletiva, a partir da redução de vulnerabilidades e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes (Brasil, 2006). Por meio da PNPS, o Ministério da Saúde (MS) assumiu o compromisso de ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS (Brasil, 2006).

Em 2014, a PNPS foi aprimorada e atualizada, reforçando-se que o fortalecimento da mesma só é possível a partir da articulação com outras políticas públicas. Em outras palavras, a PNPS destaca que os melhores resultados são alcançados quando outros setores e trabalhadores/as, fora do campo da saúde, se envolvem e se comprometem na busca por melhoria de condições de saúde, o que traduz a essência da política em sua versão revisada (Brasil, 2014a). O principal objetivo da atual PNPS é

promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (Brasil, 2014a; Art 6º).

Atualmente, a promoção da saúde destaca-se como uma política transversal do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Seus princípios e valores também estão representados nas ações de outras políticas públicas de saúde, tais como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012; Brasil, 2017), a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (Brasil, 2004; Brasil, 2023) e a Política

Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (Brasil 2013a).

A promoção da saúde está inserida nas diretrizes da PNAB, no que diz respeito ao estímulo às ações intersetoriais e integrais que impactam na situação de saúde e nos determinantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012). Como eixo estrutural e funcional da atenção básica, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que oportuniza um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições estabelecidas, no campo da clínica (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Viacava et al., 2018; Macinko; Mendonça, 2018; Castro et al., 2019).

Entre as especificidades dessa estratégia, aponta-se para uma equipe multiprofissional, Equipe de Saúde da Família (EqSF), na qual deve se integrar a Equipe de Saúde Bucal (EqSB) (Brasil, 2017). Nesse contexto, as atribuições específicas do Cirurgião-Dentista relacionadas à promoção e proteção à saúde, referem-se às ações de obtenção do perfil epidemiológico para o planejamento em saúde bucal, coordenação e participação das ações coletivas e individuais voltadas à redução dos fatores de risco e à prevenção de doenças bucais (Brasil, 2012; Nascimento et al. 2013; Miclos; Calvo; Colussi, 2017).

Nessa perspectiva, as doenças bucais afetam, consideravelmente, a qualidade de vida das pessoas e são condicionadas pelos determinantes sociais, econômicos e ambientais, sendo mais prevalentes nas populações socialmente marginalizadas (Peres et al., 2019; Abreu et al., 2021). Essa problemática é reflexo também das desigualdades em termos de acesso aos serviços odontológicos (Galvão; Roncalli, 2021; Galvão; Medeiros; Roncalli, 2021; Galvão et al., 2022; Galvão; Medeiros; Roncalli, 2022) e da falta de incentivo para prevenção e tratamento, principalmente em países de baixa e média renda (Peres et al., 2019).

Nesse contexto, aponta-se para relevância da inserção da promoção da saúde na PNSB, com direcionamento para a reorientação de um modelo de atenção não centrado na assistência curativa, mas sobretudo, voltado para a promoção da boa qualidade de vida (Brasil, 2004; Brasil, 2023). Essa concepção de saúde, aliada ao conhecimento da realidade de saúde de cada localidade, por parte das equipes de saúde, a fim de se construir práticas efetivamente resolutivas, são imprescindíveis para promoção da saúde e constam na PNSB (Brasil, 2004; Brasil, 2023). E se as práticas de promoção da saúde bucal (PSB) contribuem para

melhores condições de saúde bucal da população (SOUZA et al., 2021), estudos de avaliação da efetividade da promoção da saúde são importantes e necessários.

Diante das dimensões continentais do Brasil e das diferentes realidades populacionais, considerou-se inserir o estado da Paraíba, em análises mais aprofundadas, visto que essa unidade federativa apresenta indicadores sociodemográficos mais desfavoráveis, quando comparados à referência nacional (AtlasBR, 2023). Além disso, as prevalências das doenças bucais afetando as populações paraibanas ainda se mostram preocupantes, como também, outros desfechos em saúde bucal (Freitas et al., 2016; Massoni et al., 2020a; Paredes et al., 2021; Santiago et al., 2021; Cazal et al., 2022; de Albuquerque et al., 2023).

Em 2021, a Paraíba ocupava a 21ª posição, entre os estados brasileiros, no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Além disso, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostraram piores indicadores relacionados à expectativa de vida (Paraíba: 71,72 anos/ Brasil: 74,16 anos), à taxa de analfabetismo entre pessoas de 15 anos ou mais (Paraíba: 12,95%/ Brasil: 5,19%), ao percentual de extremamente pobres (Paraíba: 12,95/ Brasil: 6,8), ao percentual de vulneráveis à pobreza (Paraíba: 46, 62/ Brasil: 28,76) e à renda *per capita* (Paraíba: R\$ 465,74/ Brasil: R\$ 723,84) (AtlasBR, 2023). Adicionalmente, o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) revelou percentuais de paraibanos vivendo sem abastecimento de água, sem esgotamento sanitário e sem coleta de lixo adequados, respectivamente, iguais a 36,48; 47,39 e 27,72 (AtlasBR, 2023).

Ainda que 94,9% da população paraibana seja cobertura por EqSF (Brasil, 2020), um percentual menor (89,4%) é coberto por EqSB (Brasil, 2021a), o que reflete a falta de universalidade e a existência de populações desassistidas. E mesmo com evidências de relatos positivos sobre o acesso e satisfação com os serviços públicos de saúde bucal (Massoni et al., 2020b; Pires et al., 2020), outros aspectos são inquietantes e estimulam observações direcionadas à PSB no estado da Paraíba.

Dados epidemiológicos revelam índices elevados e alta prevalência de cárie dentária, dor de dente e perdas dentárias em populações paraibanas de todas as idades (Massoni et al., 2020a; Paredes et al., 2021; de Albuquerque et al., 2023), com impactos negativos sobre a qualidade de vida (de Albuquerque et al., 2023). Quanto aos serviços de saúde bucal ofertados, o desempenho das EqSB foi

considerado insuficiente, diante do indicador de resolutividade, o que aponta para o fato da atenção básica em saúde bucal no estado da Paraíba não concluir os tratamentos para os quais oportuniza o acesso (Santiago et al., 2021). Além disso, existem desafios para se garantir integralidade das ações, diante do desempenho insatisfatório dos Centros de Especialidades Odontológicas (Freitas et al., 2016) e da deficiência de rede organizacional de cuidado frente aos casos de câncer bucal (Cazal et al., 2022).

No entendimento da existência de modos de vida discrepantes no estado da Paraíba, um recorte direcionado aos territórios rurais foi proposto, a fim de se investigar as práticas de PSB nessas localidades, pois, comunidades rurais enfrentam dificuldades quanto o acesso aos serviços básicos de saúde e a escassez de serviços especializados (Arruda; Alves; Maia, 2018; Fausto et al., 2023; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023), o que acentua as desigualdades sociais. Adicionalmente, as perdas dentárias, múltiplas e prevalentes, repercutem na qualidade de vida de adultos e idosos que residem em áreas rurais do país (Santillo et al., 2014; Sandes, Freitas, Souza; 2018; de Souza et al., 2022).

A partir das justificativas que se seguem, este estudo abrangeu três planos de análise, todos centrados na compreensão e apropriação de um único objeto – a promoção da saúde bucal.

Sabendo-se que os diferentes contextos sociais e econômicos dos municípios brasileiros influenciam alguns desfechos em saúde bucal (Vettore; Aqeeli, 2016; Rebelo Vieira et al., 2019; Galvão, Medeiros, Roncalli; 2021), existem lacunas envolvendo a PSB com os determinantes sociodemográficos. Por isso, o primeiro plano de análise objetivou identificar a associação entre fatores sociodemográficos e da cobertura municipal da estratégia saúde da família com procedimentos de PSB no Brasil.

Reconhecendo-se que as práticas de promoção da saúde devem ser efetivas, principalmente em localidades onde existem fragilidades socioeconômicas e maiores necessidades em termos de saúde, o segundo plano de análise investigou a associação entre o perfil sociodemográfico e profissional e fatores ligados ao trabalho com a efetividade das estratégias de PSB, num recorte para o estado da Paraíba.

E considerando-se que a abordagem do trabalho dos Cirurgiões–Dentistas em áreas rurais implica explicitar fatos, enfrentamentos e ações que exigem

ressignificação, comprometimento, reflexão e fatores pertinentes à subjetividade profissional, como o sentido do trabalho, o terceiro plano de análise compreendeu o trabalho dos Cirurgiões-Dentistas da ESF, que atuavam em EqSB rurais do estado da Paraíba, na perspectiva da PSB e do cotidiano de trabalho, pressupondo-se que as condições de trabalho requerem competências, habilidades e atitudes específicas, diante das singularidades dos territórios rurais.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A promoção da saúde nas conferências internacionais

Apesar do entendimento de que as primeiras menções sobre saúde e promoção da saúde antecedem o marco inicial das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, esta seção apresentará as concepções e temas centrais advindos dos eventos globais de promoção da saúde.

Entretanto, é importante mencionar as discussões do movimento nacional canadense de 1974, o qual já evidenciava que o padrão assistencial tradicional, ou modelo biomédico de atenção à saúde, era insuficiente para aquisição de um melhor estado de saúde. O relatório de Lalonde já direcionava o entendimento de saúde considerando os seus determinantes sociais, ao mencionar, para além do determinante da biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde na concepção de saúde (Lalonde, 1981).

Adicionalmente, a Declaração de Alma-Ata, formulada em 1978, na primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, foi pioneira na menção da saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. A saúde foi defendida como direito fundamental a ser garantido pelos governos, e a atenção primária em saúde, como alicerce para a promoção de saúde de caráter universal (WHO, 1978).

Direcionando-se às Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, observa-se que a concepção e ações de promoção da saúde vêm sendo, historicamente, ampliadas. A partir dos documentos oficiais, as cartas ou declarações de promoção da saúde, geradas nessas conferências, percebe-se a evolução de reflexões e campos de atuação, possivelmente, influenciados pelos contextos e realidades de cada momento. Segundo Lopes et al. (2010), o conceito de promoção de saúde é dinâmico e influenciado pelos movimentos internacionais de combate às desigualdades sociais e iniquidades.

A primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, na cidade de Ottawa, conceituou promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Além disso, a Carta de Ottawa, considerada até hoje uma das principais referências nas

discussões sobre promoção da saúde, citou a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, como condições e recursos fundamentais para a saúde. Destacam-se, neste documento, cinco ações prioritárias: (1) construir políticas públicas saudáveis; (2) criar ambientes favoráveis à saúde; (3) fortalecer ações comunitárias; (4) desenvolver habilidades pessoais; e (5) reorientar os serviços de saúde (WHO, 1986).

A segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1988, na cidade de Adelaide, centrou-se na temática políticas públicas saudáveis, como sendo imprescindíveis para a promoção da saúde e para a qualidade de vida das populações (WHO, 2009a). Neste sentido, políticas públicas saudáveis estariam relacionadas ao interesse, à preocupação e à incorporação da saúde e da equidade em todas as políticas públicas e o compromisso frente ao impacto dessas políticas na saúde da população (Brasil, 2002). Identifica-se a intersetorialidade e a responsabilização do setor público na construção das políticas (Buss et al. 2020). A Declaração de Adelaide, além de reafirmar as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, elegeu quatro áreas prioritárias para promover políticas públicas de saúde com ações imediatas. São elas: (1) apoio à saúde da mulher; (2); alimentação e nutrição, (3) tabaco e álcool; e (4) criação de ambientes de suporte (Brasil, 2002).

A terceira conferência, realizada em 1991, em Sundsvall, reafirmou as propostas das duas conferências anteriores, e centrou-se na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde, considerando que milhões de pessoas viviam em ambiente altamente degradado e na extrema pobreza (Brasil, 2002; WHO, 2009a). A Declaração de Sundsvall sublinha aspectos para alcançar ambientes favoráveis e promotores de saúde. As ações devem tornar o ambiente físico, social, econômico ou político cada vez mais propício à saúde (Brasil, 2001). Em resumo, a conferência de Sundsvall debruçou-se em abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde, por considerar que ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Realizada um ano antes da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92, tentava-se ampliar a consciência sobre o impacto das agressões ambientais ao planeta, diante do modo de produção e consumo das sociedades contemporâneas (Buss et al. 2020).

A quarta conferência, realizada em 1997, em Jacarta, foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Reafirmou-se a promoção da saúde como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde e como um processo para permitir que as pessoas tivessem controle sobre sua saúde, a fim de melhorá-la. A Declaração de Jacarta, sobre os determinantes da saúde, destacou como pré-requisitos a paz, moradia, instrução, segurança social, relações sociais, alimentação, renda, direito de voz das mulheres, ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade (Brasil, 2001). As ações prioritárias definidas na declaração final foram: (1) promover a responsabilidade social para com a saúde; (2) aumentar os investimentos para fomentar a saúde; (3) consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; (4) aumentar a capacidade comunitária, dando direito de voz ao indivíduo; e (5) conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde (Brasil, 2002).

A quinta conferência, realizada no ano 2000, na cidade do México, reconheceu a promoção da saúde e o desenvolvimento social como deveres e responsabilidades centrais dos governos, compartilhados por todos os setores da sociedade. As ações prioritárias referiram-se a: (1) colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; (2) assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade na implementação das ações de promoção da saúde; e por fim, (3) apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de seus parceiros nessa área (WHO, 2009a).

A sexta conferência, realizada em Bangkok, em 2005, propôs ações de promoção da saúde necessárias para enfrentar os determinantes da saúde no mundo globalizado. Como novas oportunidades para melhorar a saúde e reduzir os riscos sanitários, a globalização possibilitava o uso de tecnologias para aprimorar as comunicações e o compartilhamento de informações e experiências entre os países. No que diz respeito às ações necessárias, a Carta de Bangkok expressou a participação de todos os setores para: (1) defender a saúde com base nos direitos humanos e solidariedade; (2) investir em políticas, ações e infraestrutura para lidar com os determinantes de saúde; (3) construir capacidade para o desenvolvimento

de políticas, liderança, prática de promoção da saúde, transferência de conhecimento e pesquisa e alfabetização em saúde; (4) regular e legislar para garantir um alto nível de proteção contra danos e permitir igual oportunidade de saúde e bem-estar para todas as pessoas; (5) estabelecer parcerias e alianças com organizações públicas, privadas, não governamentais e internacionais e com a sociedade civil para criar ações sustentáveis (WHO, 2009a).

A sétima Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Nairobi, em 2009, foi estruturada a partir da constatação de lacunas frente à implementação de políticas, por parte dos governos. Isto resultava em perda de oportunidades para sanar doenças e sofrimento evitáveis, com amplos impactos sociais e econômicos a serem considerados. Nesse sentido, a promoção da saúde contribui para o enfrentamento dos desafios de se garantir equidade e direitos humanos. A declaração final desta conferência propôs estratégias e ações em torno de cinco subtemas: (1) capacitação para a promoção da saúde; (2) fortalecimento dos sistemas de saúde; (3) parcerias e ação intersetorial; (3) empoderamento da comunidade; (4) alfabetização e comportamentos de saúde (WHO, 2009b).

Considerando que as políticas públicas, em todos os setores e em diferentes níveis de governança, podem ter um impacto significativo na saúde da população e na equidade em saúde, a oitava conferência, realizada em 2013 em Helsinque, centrou-se na temática “saúde em todas as políticas” (WHO, 2014). Segundo Buss et al. (2020), a declaração de Helsinque alertou para as consequências de decisões de autoridades políticas para o bem-estar e saúde das populações. Dentre as ações propostas foram mencionadas: (1) a adoção do enfoque da saúde em todas as políticas, (2) o fortalecimento dos ministérios da saúde no envolvimento de outros setores do governo para alcançar resultados de saúde; (3) a adoção de auditoria transparente e mecanismos de responsabilização que construam a confiança entre governos e cidadãos (WHO, 2014).

A nona Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em 2016, na cidade de Xangai. Nesta conferência, estabeleceu-se três pilares para a promoção da saúde no desenvolvimento sustentável: (1) boa governança; (2) cidades saudáveis; e (3) alfabetização em saúde. A Declaração de Xangai renovou a urgência de trabalhar de forma colaborativa entre os setores da educação, seguridade social, energia, comércio, transporte, ajuda humanitária, urbanismo,

entre outros, a fim de se garantir um futuro saudável e sustentável para todas as populações (WHO, 2018).

Por fim, apresenta-se a décima Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada de forma virtual em 2021, em virtude da pandemia da COVID-19. Esta conferência centrou-se no “bem-estar nas sociedades” e gerou a Carta de Genebra para o Bem-estar, a qual mencionava as seguintes ações prioritárias: (1) valorizar e preservar o planeta e seus ecossistemas; (2) projetar uma economia equitativa que sirva ao desenvolvimento humano dentro dos limites ecológicos planetários; (3) desenvolver políticas públicas para o bem comum; (4) alcançar cobertura universal de saúde; (5) abordar a transformação digital para neutralizar danos e fortalecer os benefícios (WHO, 2021).

O quadro a seguir, expressa o panorama das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde a partir da temática central e valores sobre saúde e promoção da saúde identificados em cada uma delas (Quadro 1).

Quadro 1- Temas centrais e valores atribuídos à saúde e à promoção da saúde nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.

CIPS	Ano	Local	Documento oficial	Tema central	Principais valores relacionados à saúde e à promoção da saúde
1ª	1986	Otawa (Canadá)	Carta de Ottawa	Saúde para todos	“Promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.
2ª	1988	Adelaide (Austrália)	Declaração de Adelaide	Políticas públicas saudáveis	“A saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social, devendo os governos investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos”
3ª	1991	Sundsvall (Suécia)	Declaração de Sundsvall	Ambientes favoráveis à saúde	“Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis”.
4ª	1997	Jakarta (Indonésia)	Declaração de Jakarta	Novos protagonistas para uma nova era: orientando a promoção da saúde no século XXI	“A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico”.
5ª	2000	Cidade do México (México)	Declaração do México	Das ideias às ações Promoção da saúde: preenchendo a lacuna de equidade	“A promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos”.
6ª	2005	Bangkok (Tailândia)	Carta de Bangkok	Promoção da saúde em um mundo globalizado	“A promoção da saúde baseia-se no direito humano de gozar do mais alto padrão de saúde atingível, sem discriminação e oferece um conceito positivo e inclusivo de saúde como determinante da qualidade de vida e abrange o bem-estar mental e espiritual”.

7ª	2009	Nairobi (Quênia)	Declaração de Nairobi	Chamada para a ação Promovendo saúde e desenvolvimento: fechando a lacuna de implementação	“A promoção da saúde é uma estratégia central e de melhor custo-benefício para melhorar a saúde e a qualidade de vida e reduzir as desigualdades em saúde e a pobreza”.
8ª	2013	Helsinque (Finlândia)	Declaração de Helsinque	Saúde em Todas as Políticas	“Boa saúde melhora a qualidade de vida, aumenta a capacidade de aprendizado, fortalece famílias e comunidades e melhora a produtividade da força de trabalho. Da mesma forma, ações voltadas para a promoção da equidade contribuem significativamente para a saúde, redução da pobreza, inclusão social e segurança”. “A saúde das pessoas não é apenas uma responsabilidade do setor de saúde, mas também abrange questões políticas mais amplas, como comércio e política externa”.
9ª	2016	Xangai (China)	Declaração de Xangai	Promovendo a saúde nos objetivos de desenvolvimento sustentável: saúde para todos e todos pela saúde	“A saúde como um direito universal, um recurso essencial para a vida cotidiana, um objetivo social compartilhado e uma prioridade política para todos os países. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecem o dever de investir em saúde, garantir a cobertura universal de saúde e reduzir as iniquidades em saúde para pessoas de todas as idades”.
10ª	2021	Virtual	Carta de Genebra para o Bem-estar	Sociedades de bem-estar	“Enfatiza a urgência de criar ‘sociedades de bem-estar’ sustentáveis, comprometidas em alcançar saúde equitativa agora e para as gerações futuras, sem violar os limites ecológicos”.

Fonte: Própria. (CIPS= Conferência Internacional de Promoção da Saúde).

2.2 A promoção da saúde no contexto das políticas de saúde do Brasil

A promoção da saúde está assegurada, desde 2006, como uma política transversal de saúde no Brasil. A PNPS objetiva desenvolver e fortalecer ações para reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde embasadas nos preceitos de “integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade (Brasil, 2006).

A partir de um contexto histórico, em que vários acontecimentos nas áreas social, econômica, de saúde e ambiental, repercutiram na discussão da promoção da saúde, foi necessário que a PNPS fosse aprimorada e atualizada anos depois de seu estabelecimento (Brasil, 2014a; Brasil, 2015). Assim, em 2014, a PNPS foi revisada não apenas pelo Ministério da Saúde, na competência da Secretaria de Vigilância em Saúde, mas também, por um conjunto de atores entre, entidades governamentais, de ensino, gestores, trabalhadores de saúde, representantes de movimentos sociais, entre outros (Brasil, 2015).

Considerando-se a visibilidade e expressão que a promoção da saúde possui na base e na construção de várias políticas e programas de saúde pública no Brasil, esta seção tem o propósito de discorrer seus preceitos e ações estritamente nas agendas das políticas de interesse para este estudo. Assim, neste arcabouço teórico enquadram-se a PNAB, na qual está incluída a ESF (Brasil, 2012; Brasil 2017), o Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2007), a PNSB (Brasil, 2004; Brasil 2023) e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (Brasil 2013a).

A PNPS representa um dos recursos legais do SUS para se promover saúde no âmbito da atenção primária (Brasil, 2021b). Neste sentido, a atenção básica é considerada o centro de comunicação e organização com as outras redes de atenção do SUS (Brasil, 2017). Na PNAB está inserida a ESF, a qual visa a reorganização da atenção básica no país, centrada numa equipe multiprofissional, responsável pela saúde de uma população a ela adscrita, em um território de referência (Brasil, 2012; Brasil 2017). Observa-se que, ao longo dos anos, a ESF aproximou as comunidades dos serviços de saúde e impactou positivamente a saúde da população brasileira. A equidade quanto ao acesso e a maior utilização dos serviços básicos de saúde, entre eles, os serviços

odontológicos, é responsável pela diminuição das desigualdades em saúde e pela redução de hospitalizações desnecessárias (Nascimento et al., 2013; Macinko; Mendonça, 2018; Costa Júnior et al., 2021).

Além disso, a PNAB tem o propósito de articular o nível primário de atenção com outras iniciativas do sistema, ampliando as ações intersetoriais de promoção da saúde, como, por exemplo, o PSE (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Viacava et al., 2018; Castro et al., 2019). O PSE, por sua vez, representa uma articulação intersetorial entre as áreas da saúde e da educação no enfrentamento de vulnerabilidades a que estão expostos os estudantes da rede pública da educação básica. Nesse sentido, o referido programa tem foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos, preconizando estilos de vida saudáveis e autocuidado em saúde (Brasil, 2007; Brasil, 2016; Lopes; Nogueira; Rocha, 2018; Gonçalves; Ferreira; Rossi, 2022).

As ações de promoção de saúde bucal no PSE, compreendem educação em saúde, avaliação das condições bucais, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor e capacitação de agentes multiplicadores de informações (Brasil, 2016). Nesse sentido, enfatiza-se o papel do professor como articulador e multiplicador de novos conceitos. Entretanto, há a necessidade de projetos que mudem o pensamento médico-sanitário e clínico-biológico, por parte de alguns educadores, que ainda percebem a saúde como ausência de doença, a desvinculando das questões sociais e atribuindo a responsabilidade do adoecimento ao indivíduo (Pinto; Silva, 2020). É se sobrepondo a este pensamento, que a promoção da saúde tenta identificar os determinantes sociais da saúde, por considerar que existem diferenças nas condições e nas oportunidades de vida (Brasil, 2014a; Peres et al., 2019).

Nessa temática, um estudo mostrou forte adesão das equipes de saúde da ESF ao PSE em todas as regiões do país. Entretanto, observou-se predomínio de ações de avaliação clínica em relação às preventivas e educativas. Além disso, percebeu-se dificuldades no trabalho conjunto frente à intersetorialidade saúde e educação (Wachs et al., 2022). Apesar dessas limitações, há mudanças positivas de comportamentos que irão refletir em um melhor estado de saúde bucal de crianças e adolescentes de escolas que implementam ações educativas de saúde bucal (Stein, et al., 2018; Moreira et al., 2022). A redução das doenças bucais, no entanto, ainda não foi fortemente

comprovada mesmo com as intervenções educativas no contexto escolar (Stein et al., 2018; Lattanzi et al., 2020).

No tocante à promoção da saúde no contexto da saúde bucal, a PNSB, vigente desde 2004, menciona, em seus pressupostos, a integralidade das ações de saúde bucal, assegurando práticas de saúde bucal nos níveis de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, para o indivíduo e para as coletividades. Nesse sentido, as ações de promoção de saúde bucal são mais efetivas quando se considera a intersectorialidade com o envolvimento de diversos setores que influenciam a saúde, dentre eles, educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social (Brasil, 2004).

Nesse entendimento, a promoção da saúde bucal transcende a prática odontológica e se integra às práticas de saúde coletiva, com ênfase às políticas que oportunizam acesso à água tratada, com incentivo à fluoretação das águas de abastecimento público, e às ações que visam reduzir os fatores de risco simultâneos para agravos de saúde de ordem bucal e sistêmica. Estes fatores de risco ameaçam à saúde, pois são causadores de incapacidades e de doenças (Brasil, 2004; Nascimento et al. 2013). Dessa forma, a melhor estratégia é vincular a prevenção de doenças bucais e a promoção da saúde bucal à promoção da saúde geral, visto que os riscos também estão vinculados (Petersen, 2008).

Ainda no contexto da PNSB é relevante contemplar, além da sua descrição, análises baseadas na sua implementação. Apesar de avanços iniciais relacionados ao investimento orçamentário, à formação de recursos humanos (Pucca Júnior et al., 2015; Chaves et al.; 2017), à inserção das EqSB na ESF (Mattos et al., 2014; Pucca Júnior et al., 2015; Chaves et al., 2018; Costa Júnior et al., 2021), ao aumento no número de Centro de Especialidades Odontológicas (Pucca Júnior et al., 2015; Chaves et al.; 2017; Chaves et al., 2018), e à garantia da integridade da assistência (Nascimento et al., 2013), melhorando o acesso e a atenção em saúde, tem-se observado um cenário político restritivo para a saúde bucal nos últimos anos.

Aponta-se para mudanças sucessivas na coordenação nacional da política, menor implantação de novos serviços, menor investimento financeiro e redução de indicadores específicos (Chaves et al., 2018), sendo os dois últimos

agravados pela crise econômica política e sanitária entre 2018 e 2021 (Santos et al.; 2023). Além disso, existem desafios para se garantir a integridade da assistência, a partir de uma rede efetiva de cuidados (Nascimento et al., 2013; Costa Júnior et al., 2021). Aponta-se para existência de demanda reprimida nos Centros de Especialidades Odontológicas e fragilidades quanto à regulamentação a partir da atenção primária à saúde. (Cavalcanti et al., 2021).

A PNSB, sem dúvidas, ampliou o acesso gratuito às consultas odontológicas. No entanto, ainda existem desigualdade no acesso aos serviços públicos de saúde bucal (Galvão; Roncalli, 2021; Galvão; Medeiros; Roncalli, 2021; Galvão et al., 2022; Galvão; Medeiros; Roncalli, 2022), sendo o não acesso mediado por fatores contextuais municipais, de cobertura dos serviços e individuais (Freire et al., 2021). E apesar da expansão inicial da cobertura de EqSB na ESF pela PNAB, tem-se observado redução do quantitativo de equipes em alguns municípios do país, o que pode repercutir no menor acesso aos serviços de saúde bucal no SUS (Lucena et al., 2020).

A respeito das ações de trabalho, revelaram-se mudanças tímidas. Mesmo com avanços observados nas ações educativas e de educação permanente; no acolhimento, vínculo e responsabilização, ainda predominam as práticas curativas e os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante (Scherer; Scherer, 2015; Scherer et al., 2018; Leme et al., 2019a; Leme et al., 2019b). Nesse sentido, modificar a filosofia curativo-reabilitadora no processo de trabalho só será possível com a mudança de paradigmas por parte dos profissionais e instituições (Nascimento et al., 2013).

Para se entender a atuação restritivamente clínica do cirurgião-dentista ao longo dos anos (Leme et al., 2019a; Leme et al., 2019b), é imprescindível que se resgate a evolução da assistência odontológica no Brasil. Os modelos assistenciais em saúde bucal – Sistema Incremental, Odontologia Simplificada ou Comunitária, Programa de Inversão da Atenção (PIA) e Atenção Precoce (Odontologia para Bebês) – foram embasados por ações excludentes, centralizadas, predominantemente curativistas, tecnicistas, mutiladoras e pouco resolutivas (Nickel; Lima; Silva, 2008; Morais et al., 2020).

Se contrapondo ao histórico dos modelos assistenciais em saúde bucal, o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente definido como ESF, incluiu as EqSB, orientado por ações pautadas pelos princípios da integralidade e

universalidade do SUS (Fertonani et al., 2015; Morais et al., 2020). Porém, mesmo com as mudanças propostas pela ESF, o sistema nacional de saúde do Brasil ainda enfrenta desafios e dificuldades para se romper com o modelo biomédico de atenção (Fertonani et al., 2015). Esse histórico, provavelmente, se reflete no perfil profissional que impacta na conduta do cirurgião-dentista e na adoção de ações contraproducentes à promoção da saúde (Leme et al., 2019a; Leme et al., 2019b).

Por fim, a promoção da saúde na política voltada às populações do campo e floresta, na qual se insere o contexto rural, não poderia deixar de ser mencionada neste arcabouço teórico. Por meio da PNSIPCF, o MS reconheceu as condições e os determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações. Juntamente com outras políticas públicas, a PNSIPCF volta-se para a promoção de ambientes saudáveis, defesa da biodiversidade, respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental; e para a promoção da saúde direcionadas para melhoria do nível de saúde dessas populações, em específico. As ações de promoção e vigilância em saúde visam à redução de riscos, decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas (intoxicações por agrotóxicos, mercúrio e, outras substâncias) e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. No monitoramento e avaliação de acesso às ações e serviços de saúde se enquadram também os indicadores de saúde bucal (Brasil, 2014b).

2.3 Atenção Primária à Saúde e a dinâmica do trabalho em áreas rurais no Brasil

Para concretizar as ações de promoção da saúde, a PNPS estabelece eixos operacionais importantes, com destaque para a regionalização e territorialização. A regionalização, um dos princípios organizativos do SUS, é importante para melhorar a organização dos serviços e garantir a descentralização. Além disso, possibilita a identificação de singularidades territoriais, e reconhecimento das diferentes realidades locais, permitindo, assim, a implementação de intervenções direcionadas, o que amplia as ações de promoção à saúde e fortalece as identidades regionais (Brasil, 2018).

Segundo o glossário de promoção da saúde, a regionalização é o “processo de organização dos serviços de saúde em Regiões de Saúde, para que a população tenha acesso a todos os níveis de atendimento” (Brasil, 2013). O território é definido como “espaço delimitado, em constante transformação, ocupado por uma população com identidades comuns, sejam elas culturais, sociais, econômicas, ambientais” (Brasil, 2013). É importante ressaltar que, existem desafios a serem enfrentados para se conseguir alcançar um sistema de atenção territorializado. O estrangulamento financeiro dos municípios e o subfinanciamento do próprio SUS têm sido apontados como razões para a fragmentação da atenção primária à saúde no país (Faria, 2020).

A respeito das áreas rurais, a territorialização possibilita identificar as singularidades do trabalho das equipes de saúde da ESF nesses territórios. Segundo Franco; Lima; Giovanella (2021) há imprecisão quanto ao conceito de ruralidade e fragilidades em políticas públicas direcionadas às comunidades rurais no Brasil. Nesse sentido, Costa et al. (2019) mencionam que quando não se valoriza e não se reconhece as peculiaridades do modo de vida das populações do campo, há tendência de se reproduzir o modelo urbano de atenção à saúde.

Diante do exposto, esta seção volta-se para a APS, especificamente, nos territórios rurais do Brasil. Para melhor compreensão das estratégias e dos desafios da saúde ligados às singularidades das áreas rurais, os aspectos abordados foram subdivididos em: condições e vulnerabilidades socioeconômicas das populações rurais e o contexto da saúde; acesso e organização dos serviços de saúde em territórios rurais; e força do trabalho em saúde nos territórios rurais.

2.3.1 Condições e vulnerabilidades socioeconômicas das populações rurais e o contexto da saúde

A promoção da saúde considera os determinantes sociais da saúde em uma relação diretamente proporcional com as condições de saúde dos indivíduos e das populações (Brasil, 2021b). As desigualdades em relação às condições de vida das comunidades que vivem nas sedes e nas zonas rurais dos municípios são ainda mais acentuadas quando se consideram as

localidades rurais em municípios remotos. Isto interfere na organização e no modo como a APS é ofertada às populações rurais (Almeida et al., 2021; Franco; Lima; Giovanella, 2021; Fausto et al., 2023).

As populações rurais enfrentam desafios frente ao abastecimento irregular de água potável e encanada, acentuados nos períodos de seca. Há inexistência de banheiros em muitas residências, como também, ausência de rede de esgoto e de coleta de lixo doméstico (Cruz et al., 2013; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Almeida et al., 2021; Fausto et al., 2023). Nesse contexto, as populações rurais enfrentam dificuldades para obtenção de saneamento básico, um desafio a ser alcançado pelo poder público brasileiro no combate à pobreza. Além disso, o saneamento básico é um direito social essencial para a dignidade humana, para a saúde e para melhoria da qualidade de vida (Bilibio et al., 2021).

No período chuvoso, os problemas relacionados à infraestrutura das estradas agravam ainda mais o deslocamento das populações rurais até as Unidades de Saúde da Família (USF) (Cruz et al., 2013; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). Adicionalmente, a dificuldade/ausência de rede de internet ou de telefonia celular pode comprometer a comunicação dos profissionais da APS para outros níveis de atenção (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Almeida et al., 2021; Franco; Lima; Giovanella, 2021; Fausto et al., 2023). Em localidades mais isoladas, onde não há sinal de telefonia, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são essenciais e importantes para a comunicação entre os usuários e a equipe de saúde (Almeida et al., 2021).

No tocante à renda, a expressiva parcela das populações rurais é de baixa renda e sobrevive com recursos advindos de aposentadoria rural, da agricultura e pecuária familiar, além dos benefícios do programa federal de transferência de renda – o Programa Bolsa Família (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Lima et al., 2019; Oliveira et al., 2020; Bousquat et al., 2022; de Souza et al., 2022; Fausto et al., 2023). Outra fonte de renda no contexto rural vem do serviço público (Fausto et al., 2023). Por outro lado, o desemprego também é uma realidade das pessoas que vivem nas localidades rurais (Oliveira et al., 2020). Os índices de pobreza e analfabetismo são elevados nas populações do campo, da floresta e das águas, em virtude das iniquidades relacionadas à distribuição da riqueza no Brasil (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

Quanto à escolaridade, observam-se altos índices de pessoas sem nenhum grau de instrução ou que possuem baixos níveis de escolaridade, vivendo em localidades rurais do país (Cruz et al., 2013; Santilho et al., 2014; Lima et al., 2019; Oliveira et al., 2020). Nessa perspectiva, aponta-se para o fato de que o baixo nível de escolaridade, além de estar associado aos piores desfechos em saúde e aos impactos negativos na qualidade de vida (Bortolotto; Mola; Tovo-Rodrigues, 2018; Hirschmann et al., 2020), pode repercutir também nas barreiras de linguagens ou de comunicação com os profissionais da saúde (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

E considerando as linguagens, os conhecimentos e as necessidades das comunidades rurais, as equipes de saúde devem considerar, no planejamento do cuidado, os saberes populares, incorporando-os às atividades coletivas educativas (Costa et al., 2019). Famílias de agricultores consideram relevante que os profissionais da saúde conheçam mais a respeito do uso de plantas medicinais e do uso de agrotóxicos no atendimento à saúde destinado à estas populações (Lima et al., 2019).

2.3.2. Acesso e organização dos serviços de saúde em territórios rurais

Apesar dos muitos avanços do SUS com implantação das USF e do aumento de EqSF e EqSB a elas cadastradas (Pinto; Giovanella, 2018; Galvão, Roncalli; 2021; Costa Júnior et al., 2021), há fragilidades relacionadas à implantação das equipes em áreas rurais (Arruda; Alves; Maia, 2018; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). Existem desafios enfrentados por gestores e profissionais de saúde no provimento da atenção à saúde, os quais são inerentes às singularidades das localidades rurais. Além disso, as populações e profissionais que vivem e trabalham nestes territórios enfrentam dificuldades relacionadas ao acesso, à acessibilidade, à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde (Stralen et al., 2017; Arruda; Maia; Alves, 2018; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Oliveira et al., 2019; Ferreira et al., 2020; Oliveira et al., 2020; Soares et al., 2020; Almeida et al., 2021; Lenz et al., 2021; Bousquat et al., 2022; Fausto et al., 2023; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023).

A Estratégia de Saúde da Família é o modelo predominante na organização da APS no Brasil (Brasil, 2012; Brasil 2017). Em territórios rurais, a

USF representa o principal e único acesso das comunidades aos serviços de saúde, sendo o primeiro contato dos usuários na busca por atendimento às suas necessidades de saúde (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Ferreira et al., 2020; Oliveira et al., 2020; Almeida et al., 2021; Bousquat et al., 2022; Fausto et al., 2023; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023).

No que diz respeito ao envolvimento de outros núcleos da saúde, há dificuldades quanto ao apoio dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), principalmente no que diz respeito às áreas mais isoladas. Mesmo quando há disponibilidade nas agendas desses profissionais, a atuação dos mesmos é limitada pela falta de transportes (Oliveira et al., 2020; Soares et al., 2020; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023).

Quanto à atenção especializada, estudos identificaram escassez dos serviços neste nível de atenção, de modo a fragmentar a assistência à saúde prestada às populações rurais (Franco; Lima; Giovanella, 2021). E nas situações em que há articulação da APS com outros níveis de atenção, os serviços públicos ou conveniados de atenção especializada encontram-se, muitas vezes, fora dos municípios ou até mesmo fora da regional de saúde (Bousquat et al., 2022; Fausto et al., 2023). Nesse entendimento, existem restrições quanto ao acesso aos exames e às consultas especializadas, concentrados nos centros urbanos (Soares et al., 2020).

Os aspectos geográficos dos territórios rurais condicionam a acessibilidade das comunidades aos serviços de saúde. Os usuários dos serviços de saúde enfrentam longos percursos entre as USF e as residências localizadas em áreas isoladas e mais distantes à sede dos municípios. As barreiras geográficas, as más condições das estradas, as complicadas vias de acesso e a falta de transporte são percalços a serem considerados para se promover saúde nos territórios rurais (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Oliveira et al., 2019; Almeida et al., 2021; Fausto et al., 2023; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023).

A falta de transporte para os usuários é mencionada como um dos impeditivos para se conseguir alcançar a oferta de serviços baseada em população adscrita, visto que as populações rurais buscam por atendimento conforme rota de veículo disponível (Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). Diante da redução ou ausência de transporte coletivo, as populações rurais

utilizam os ônibus escolares gratuitos como meio de locomoção. Outras vezes, os gastos com outras formas de transporte disponíveis, como moto, carro ou barco são altos e custeados pelos próprios usuários (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Almeida et al., 2021; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). Os problemas quanto à disponibilidade de transportes é ainda mais preocupante frente aos pacientes graves (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018) e idosos com problemas de mobilidade (Cruz et al., 2013).

Para os profissionais de saúde que atuam na ESF em áreas rurais, há de se pensar nas peculiaridades do trajeto até os postos de trabalho. As EqSF, geralmente, compartilham transporte único, percorrendo longas distâncias, em veículos que não apresentam boas condições e em estradas sem pavimentação (Oliveira et al., 2019; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). Em municípios rurais e remotos, para se acessar áreas isoladas, as equipes dispõem de motos, lanchas ou unidades básicas fluviais. Os altos custos gerados com transporte podem representar um dos motivos responsáveis para a gestão municipal interromper os atendimentos de saúde prestados às populações (Fausto et al., 2023). Este fato pode contribuir para a ausência de visitas domiciliares, por exemplos (Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). Por isso, o financiamento das EqSF rurais deve considerar os custos com a compra e manutenção dos veículos terrestres ou aquáticos, além da contratação de condutores para esses veículos (Brasil, 2017; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

Quanto ao modelo de atenção à saúde ofertado às populações em territórios rurais, a maioria das ações é focada no atendimento individual e centrada no adoecimento, refletindo o modelo biomédico de atenção e a verticalização de transmissão de informações (Costa et al., 2019; Lenz et al., 2021; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). O principal motivo da procura por atendimento nas USF, por parte das populações rurais, refere-se às ações curativas centradas nas doenças (Ferreira et al., 2020). No campo da saúde bucal, as extrações dentárias, por exemplo, foram associadas à característica contextual da APS oferecida a adultos e idosos de áreas rurais ribeirinhas do Amazonas (de Souza et al., 2022).

A respeito das ações coletivas destinadas às populações rurais, um estudo mostrou que essas são pouco frequentes, geralmente marcadas pelo modelo itinerante ou campanhista e sem continuidade (Franco; Giovanella;

Bousquat, 2023). As ações voltadas aos grupos são, predominantemente, realizadas nas USF das sedes dos municípios e acabam sendo excludentes às populações rurais mais distantes (Soares et al., 2020). Além disso, muitas das ações comunitárias são inviabilizadas pela falta de transporte aos profissionais da saúde (Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). Estas situações são preocupantes visto que, as atividades coletivas nos territórios rurais, com participação ativa das comunidades, oportunizam a criação de espaços para o compartilhamento de experiências, troca e valorização de saberes. Isto é importante para o empoderamento comunitário na tomada de decisões e para a redução das necessidades de tratamentos curativos mais complexos (Lima et al., 2019).

Já as visitas domiciliares, essenciais para o reconhecimento do território e identificação das necessidades de saúde, também requerem a disponibilidade de transportes. Por isso, são, geralmente, realizadas pelos ACS, pois estes aproximam-se da identidade dos territórios por fazerem parte deles. Em localidades remotas, os ACS podem ser os únicos profissionais da saúde disponíveis, exercendo papel crucial entre os serviços e à comunidade (Costa et al., 2019; Soares et al., 2020; Almeida et al., 2021; Fausto et al., 2023; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023).

Em áreas rurais, observam-se situações em que a organização do trabalho se dá a partir da demanda espontânea, com atendimentos às populações sem diferenciação de território adscrito. Isto se dá em virtude das grandes extensões territoriais, principalmente em locais de fronteiras, pela falta ou desatualização de cadastros dos usuários, pelos fluxos dos usuários condicionados pela disponibilidade de transporte, horário de funcionamento, localização e presença de médicos nas unidades (Almeida et al., 2021; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023).

Os cronogramas de trabalho em áreas rurais também são singulares em decorrência da dispersão das populações nos territórios extensos. Assim, a periodicidade dos dias de trabalho nas unidades de apoio pode variar de uma ou duas vezes por mês (Oliveira et al., 2019). Se por um lado, existem unidades de apoio subutilizadas, com atendimento em apenas um dia por mês (Oliveira et al., 2019), também existem aquelas com funcionamento diário, com atuação de um técnico de enfermagem (Soares et al., 2020). Em comunidades maiores, os

agendamentos são mais frequentes. Porém, em localidades de difícil acesso, os atendimentos são mais espaçados (Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). Considerando as especificidades locorregionais, a portaria 2.436/2017, a fim de operacionalizar a execução das ações da APS para as comunidades ribeirinhas dispersas no território propõe que as equipes de saúde da família ribeirinhas e equipes de saúde da família fluviais adotem o circuito de deslocamento ao menos a cada sessenta dias para garantir o atendimento a todas as comunidades (Brasil, 2017).

Existem fragilidades quanto à disponibilidade de medicamentos, materiais, equipamentos e condições relacionadas à estrutura física, tanto nas unidades principais, como nas unidades de apoio. Muitas unidades de apoio são improvisadas (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Oliveira et al., 2019; Soares et al., 2020; Almeida et al., 2021; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). Há relatos da responsabilidade do ACS para limpeza da unidade de apoio, para o deslocamento de maca e improvisação de local para realização de exames de prevenção do câncer do colo do útero, por exemplo (Soares et al., 2020). Outros desafios de infraestrutura dizem respeito à falta d'água para realização de exame e procedimentos curativos (Oliveira et al., 2019). Os problemas estruturais são ainda mais acentuados na atenção aos pacientes com deficiência física no contexto rural (Lenz et al., 2021; Magalhães et al., 2022).

Como foi observado, a existência de pontos de apoio amplia o acesso à saúde para as comunidades rurais. Tanto nestas unidades, como nas USF principais, é necessário que haja espaços para o acolhimento (Soares et al., 2020; Lenz et al., 2021), visto que, a forma como os usuários são recebidos pelos profissionais de saúde, com escuta qualificada sobre suas necessidades de saúde, é importante para o estabelecimento de vínculos e continuidade da atenção (Brasil, 2012). Por outro lado, a recepção desqualificada, com falta de acolhimento aos usuários, representa uma das barreiras organizacionais de atenção à saúde em áreas rurais (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

2.3.3 Força do trabalho em saúde nos territórios rurais

A força de trabalho em territórios rurais é fragilizada pela escassez, alta rotatividade e fixação de profissionais, principalmente dos médicos. Esta problemática é mais evidente nas áreas rarefeitas ou remotas dos municípios (Stralen et al., 2017; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018; Costa et al., 2019; Almeida et al., 2021; Fausto et al., 2023; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023).

No intuito de amenizar a desassistência à saúde, causada pela falta de recursos humanos nos territórios rurais, e compensar as falhas de acesso, principalmente em áreas mais dispersas, observam-se discrepâncias na conformação das equipes e nos postos de trabalhos. As diferentes realidades variam desde a presença de um técnico de enfermagem atuando em unidade de apoio, até equipes formadas só com ACS em localidades mais rarefeitas (Fausto et al., 2023). Equipes completas são mais presentes nas USF localizadas nas sedes dos municípios (Fausto et al., 2023).

A respeito dos fatores agravantes para fixação dos profissionais da APS em áreas rurais, destacam-se os contratos temporários (Beserra; Hennington; Pignatti, 2023; Fausto et al., 2023), as longas jornadas de trabalho, a baixa remuneração salarial (Beserra; Hennington; Pignatti, 2023), as condições desfavoráveis de trabalho (Oliveira et al., 2019), no que diz respeito à infraestrutura, disponibilidade de materiais, equipamentos e medicamentos; a impossibilidade de encaminhamento para especialistas (Stralen et al., 2017) a insuficiência de profissionais para atender à demanda (Franco; Giovanella; Bousquat, 2023), e as dificuldades quanto ao deslocamento e à acessibilidade nos territórios rurais (Fausto et al., 2023; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023).

O vínculo de trabalho do tipo contrato temporário constituiu, por outro lado, fator atrativo para médicos que atuam em áreas remotas, os quais possuem pretensão de residência médica, em virtude da ausência de penalidades legais, em caso de desistência do trabalho (Stralen et al., 2017). Contrariamente, a estabilidade proporcionada pelo vínculo estatutário foi valorizada por médicos com maior tempo de atuação e sem pretensão de residência médica (Stralen et al., 2017).

Os profissionais de saúde preferem atuar em municípios de maior porte populacional, mais desenvolvidos e atrativos nas áreas educacional e profissional (Costa et al., 2019), que ofereçam possibilidades de capacitação/atualização e a pós-graduação (Stralen et al., 2017). Em municípios

rurais e remotos, atuar na sede foi considerado fator atrativo para o trabalho, mas não necessariamente, para a fixação na localidade (Almeida et al., 2021).

A flexibilidade de horário de trabalho e a concessão de folgas são estratégias usadas por gestores para atração e fixação dos profissionais de saúde em municípios rurais remotos (Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). Adicionalmente, outros fatores considerados atrativos para a permanência no trabalho foram: opções de lazer, possibilidade de emprego para o cônjuge e possibilidade do convívio familiar (Stralen et al., 2017; Fausto et al., 2023 Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). Nesse contexto, a origem familiar rural do profissional é considerada fator positivo relacionado à força de trabalho (Stralen et al., 2017).

Apesar dos desafios diários e dos vários fatores citados que desmotivam o fazer profissional na APS em áreas rurais, existe também a satisfação por parte de enfermeiros, os quais veem no trabalho fonte de valorização profissional, possibilidade de vínculo com as comunidades e oportunidade de contribuição para melhoria da saúde da população (Oliveira et al., 2019; Oliveira et al., 2020).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

- Plano de Análise 1: Investigar as associações entre fatores sociodemográficos e de cobertura municipal da Estratégia Saúde da Família com procedimentos de promoção de saúde bucal no Brasil.
- Plano de Análise 2: Verificar as associações entre o perfil sociodemográfico e profissional e fatores ligados ao trabalho com a efetividade das estratégias promoção de saúde bucal na Paraíba.
- Plano de Análise 3: Compreender o trabalho dos cirurgiões-dentistas de equipes de saúde bucal rurais da Estratégia Saúde da Família na Paraíba, na perspectiva da promoção de saúde bucal.

3.2 Objetivos específicos

- Plano de Análise 1:
 - Caracterizar os municípios de acordo com a cobertura de Equipes de Saúde da Família e de Equipes de Saúde Bucal.
 - Investigar a produção nacional referente aos procedimentos individuais de promoção de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família.
 - Investigar a produção nacional referente aos procedimentos coletivos de promoção de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família.
- Plano de Análise 2:
 - Identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família na Paraíba.
 - Identificar os fatores relacionados ao trabalho na equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família na Paraíba.
 - Avaliar a efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal, desenvolvidas no contexto das práticas da Estratégia Saúde da Família no estado da Paraíba.
- Plano de Análise 3:

- Compreender as práticas de promoção da saúde bucal na atuação profissional de cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família, no contexto do estado da Paraíba.
- Compreender o cotidiano de trabalho dos cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família em áreas rurais do estado da Paraíba.

4. ARTIGO 1

O manuscrito a seguir foi publicado no periódico “Journal of Clinical and Experimental Dentistry” e aceito na data de 22/05 /2023.

Título: Influência de fatores sociodemográficos e da cobertura da Estratégia Saúde da Família nos procedimentos de Promoção de Saúde Bucal: análise dos municípios brasileiros em 2019

Title: Influence of sociodemographic factors and Family Health Strategy coverage on oral health promotion procedures: an analysis of Brazilian municipalities in 2019

Título Reduzido: Promoção de Saúde Bucal e fatores associados.

Running Title: Oral health promotion and associated factors

Autores:

Suyene de Oliveira Paredes. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cidade Universitária, 58.051-900, João Pessoa, Paraíba, Brazil. <suyparedes@hotmail.com> <https://orcid.org/0000-0002-8068-5729>

Edson Hilan Gomes de Lucena, Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cidade Universitária, 58.051-900, João Pessoa, Paraíba, Brazil. <ehglucena@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-3431-115X>

Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. <maurohenriqueabreu@gmail.com> <https://orcid.org/0000-0001-8794-5725>

Franklin Delano Soares Forte, Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cidade Universitária, 58.051-900, João Pessoa, Paraíba, Brazil. <franklinufpb@gmail.com> <https://orcid.org/0000-0003-4237-0184>

Autor Correspondência

Franklin Delano Soares Forte, Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Universidade Federal da Paraíba, Campus Universitário I. Castelo Branco I. João

Pessoa, Paraíba, Brasil. 58051-900. franklinufpb@gmail.com.
<https://orcid.org/0000-0003-4237-0184>

Resumo:

Objetivo: O objetivo do estudo foi investigar associações entre fatores sociodemográficos e de cobertura municipal da Estratégia Saúde da Família (ESF) com procedimentos de Promoção de Saúde Bucal (PSB) no Brasil.

Materiais e Métodos: Os dados foram obtidos por meio de sistemas de informação e por solicitação direcionada ao Ministério da Saúde. Dois desfechos, procedimentos individuais e coletivos de PSB, com referência ao ano de 2019, foram analisados em relação às covariáveis sociodemográficas e cobertura da Estratégia Saúde da Família (população coberta por Equipes da Estratégia Saúde da Família/ESF e por Equipes de Saúde Bucal/ESB). Modelos de regressão binomial negativa associaram os desfechos com covariáveis e estimaram a razão de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%).

Resultados: Foram incluídos 4.913 municípios. Municípios com menor desigualdade de renda (RP=1,04; IC95% 1,01-1,08), maior taxa de analfabetismo (RP=1,06 IC95% 1,00-1,13) e porte populacional de 10,001 a 50,000 habitantes (RP=1,07; IC95% 1,02-1,12) e 50,001 a 100,000 (RP=1,21; IC95% 1,12-1,30) apresentaram maior frequência de procedimentos individuais. Por outro lado, a menor frequência esteve associada à menor vulnerabilidade à pobreza (RP=0,83; IC95% 0,78-0,89) e à menor cobertura de ESB (RP=0,39; IC95% 0,33-0,45). Quanto aos procedimentos coletivos, o modelo final mostrou menor frequência associada à menor desigualdade de renda (RP=0,91; IC95% 0,87-0,95), IDH baixo (RP=0,53; IC95% 0,35-0,80) e médio (RP=0,79; IC95% 0,71-0,87), e menor renda per capita (RP=0,84; IC95% 0,81-0,88).

Conclusões: Os procedimentos de PSB individuais e coletivos estiveram associados às condições sociodemográficas e à cobertura de ESB na ESF.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde Bucal; Determinantes Sociais da Saúde; Cobertura Universal da Saúde.

Introdução

A promoção da saúde permite que as pessoas melhorem a saúde além do comportamento individual, aumentando o controle sobre os determinantes da

saúde (1). Esse processo transcende as habilidades e capacidades dos indivíduos e considera as condições socioeconômicas e ambientais (por exemplo, relações entre condições de saúde, ambientais, socioeconômicas e de estilo de vida) para melhorar a saúde pública.

No Brasil, a Promoção da Saúde é contemplada nas políticas públicas de saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde expressa a intersectorialidade e corresponsabilidade Federal, Estadual e Municipal para produzir saúde e melhoria da qualidade de vida (2). Além disso, a Promoção da Saúde se destaca nas ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), componente da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (3), e nas ações da Política Nacional de Saúde Bucal, que orienta o modelo assistencial voltado para a prevenção e não para a cuidados curativos (4).

Nessa perspectiva, ações de promoção e prevenção da saúde bucal são importantes para reduzir a prevalência de doenças bucais e os custos com tratamentos odontológicos nas instituições de saúde (5). As doenças bucais são um problema de saúde pública de ordem global e acarretam sérios problemas econômicos, afetando a qualidade de vida das pessoas. Esta problemática é reflexo das desigualdades socioeconômicas, falta de acesso aos serviços de saúde e da falta de incentivo para prevenção e tratamento, particularmente visto em países de baixa e média renda (6).

Já se tem compreensão de que as características contextuais em nível de municípios influenciam alguns desfechos em saúde bucal (7-9). Por exemplo, adultos brasileiros que vivem em localidades com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e alto índice de Gini (mais desiguais) são mais propensos a sofrer o impacto das condições bucais na qualidade de vida (7). Por outro lado, populações com alta cobertura de saúde bucal na atenção primária (8) e melhor IDH-Longevidade (9) apresentam maior utilização de serviços odontológicos.

Apesar destes conhecimentos, existem lacunas envolvendo a Promoção da Saúde Bucal (PSB) com os determinantes sociais. Por isso faz-se relevante conhecer como se relacionam os contextos sociais e econômicos, a partir da verificação das (des)igualdades municipais, e da abrangência dos serviços básicos de saúde, com os procedimentos odontológicos de Promoção da Saúde. As demandas de saúde, a disponibilidade dos serviços, o ambiente social e os

fatores geográficos podem afetar a equidade na saúde bucal (10). Portanto, esses fatores são essenciais para alcançar a equidade e a oferta universal de PSB e melhorar as condições de saúde das populações mais vulneráveis.

Apesar das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil mencionar que a Promoção de Saúde Bucal está “inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico”, de forma limitada, o Ministério da Saúde do Brasil disponibiliza entre as ações de promoção e prevenção em saúde bucal, no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, somente os procedimentos considerados eminentemente dentários. Por isto, esta análise de produção nacional debruçou-se nos procedimentos que o SUS codifica em PSB, os quais representam apenas uma parcela das ações inseridas no amplo conceito de promover saúde.

A partir das diferentes realidades dos municípios brasileiros, este estudo centrou-se na hipótese de que os indicadores sociodemográficos e de cobertura da estratégia saúde da família influenciam os procedimentos de PSB. Tendo em vista o baixo número de estudos nacionais nesse contexto, e considerando a perspectiva de dois desfechos – procedimentos coletivos e individuais de PSB – este estudo propôs responder ao seguinte questionamento: Quais as associações entre os procedimentos de PSB com as condições sociodemográficas e de cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros?

Materiais e Métodos

Desenho do estudo

Este estudo caracterizou-se como uma investigação transversal, com emprego de abordagem metodológica quantitativa, baseada em dados secundários, de natureza descritiva e analítica. O cenário do estudo contemplou os municípios de todas as unidades federativas e macrorregiões brasileiras que enviaram a produção das equipes de saúde bucal via Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Desfechos e covariáveis

Dois desfechos “procedimentos individuais” e “procedimentos coletivos” de PSB, com referência ao ano de 2019, foram representados por suas taxas. A taxa de procedimentos individuais de cada município foi calculada a partir do

somatório de todos os procedimentos dessa categoria, realizados pelas equipes de saúde, dividido pela população total do município. O mesmo foi realizado para obtenção da taxa de procedimentos coletivos.

Foram coletadas as seguintes variáveis sociodemográficas dos municípios: índice de Gini, IDH, renda per capita, taxa de mães chefes de família, taxa de extrema pobreza, taxa de pessoas vulneráveis à pobreza e taxa de analfabetismo. O Índice de Gini mede a desigualdade de renda (0 corresponde à igualdade absoluta e 1 à desigualdade absoluta) e indica as diferenças entre os mais pobres e os mais ricos de cada localidade. Para este estudo, o índice de Gini foi dicotomizado em $\leq 0,50$ e $> 0,50$ (11). O tamanho da população foi categorizado de acordo com o número de habitantes: < 5.001 ; de 5.001 a 10.000; de 10.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 500.000; e > 500.000 (12). O IDH variou de 0 a 1 (quanto maior o valor, melhores as condições sociais). Os valores foram categorizados como baixo ($\leq 0,50$); médio (0,51 a 0,79); e alta ($> 0,80$) (12).

Percentual de mães chefes de família, sem ensino fundamental completo e com filho menor de 15 anos de idade, medida dada pela razão entre o número de mulheres que são responsáveis pelo domicílio, que não têm o ensino fundamental completo e têm pelo menos um filho de idade inferior a 15 anos morando no domicílio, e o número total de mulheres chefes de família (multiplicada por 100). Renda per capita, medida pela razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos. Percentual de extrema pobreza, medido pela proporção de pessoas extremamente pobres (com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$ 70,00). Percentual de vulneráveis à pobreza, medido pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário-mínimo (salário-mínimo referente ao ano de 2010 igual a R\$ 510,00). Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais, medida pela razão entre a população de 15 anos ou mais que não sabe ler nem escrever um bilhete simples, e o total de pessoas nesta faixa etária (multiplicada por 100).

A cobertura da Estratégia Saúde da Família foi representada pelo percentual da população coberta por equipes de saúde da família (ESF) e por equipes de saúde bucal (ESB). Esses indicadores foram calculados a partir do

número de equipes implantadas para cada 3.000 habitantes dividido pela população total residente no município e multiplicado por 100. As taxas de cobertura ESF e ESB consideradas nas análises foram referentes a dezembro de 2019. Os percentuais da população coberta por ESF e por ESB foram dicotomizados em $\leq 50\%$ e $>50\%$ (13).

Coleta dos dados

Os procedimentos de PSB por município foram solicitados ao Ministério da Saúde, sendo aqueles estabelecidos no grupo “ações de promoção e prevenção em saúde”, no portal do Ministério da Saúde (<http://sigtap.datasus.gov.br/>). Assim, verificou-se a descrição dos procedimentos e respectivos códigos. Os procedimentos individuais ou clínicos de PSB listados foram: aplicação tópica de flúor, evidenciação de biofilme dental, aplicação de selante e aplicação de cariostático por dente. Por outro lado, os procedimentos coletivos de PSB referiram-se às ações realizadas pela ESB para grupos de indivíduos fora do ambiente clínico, tais como: aplicação tópica de gel de flúor, bochechos com flúor, escovação dental supervisionada, exame bucal com fins epidemiológicos e atividades educativas e/ou orientação em grupo na atenção básica.

As variáveis sociodemográficas e de cobertura em saúde foram obtidas por meio de sistemas de informação de acesso público. Para as variáveis sociodemográficas, utilizou-se o Portal Eletrônico Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (<http://atlasbrasil.org.br/>), com base nos dados do último censo demográfico (Censo 2010) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As variáveis de cobertura em saúde foram obtidas por meio do Portal Eletrônico de Atenção Básica e-Gestor, vinculado ao Ministério da Saúde (<https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>).

Análise dos Dados

O primeiro desfecho, procedimentos individuais, foi dicotomizado com base na mediana (0,027) e intervalo interquartil (0,050 – 0,803), máximo-mínimo 0,000-3,107. Nesta análise, os municípios foram distribuídos entre aqueles com maior ou menor produção (realizam procedimentos acima ou abaixo da mediana).

Para o segundo desfecho, procedimentos coletivos, em que a mediana foi igual a 0,000; intervalo interquartil (0,021—0,065), máximo-mínimo 0,000 -

4,341, os municípios foram distribuídos entre os que realizaram ou não algum procedimento.

Cinco covariáveis sociodemográficas foram dicotomizadas segundo a mediana: taxa de mães chefes de família ($< 48,27\%$ e $\geq 48,27\%$), renda per capita ($< R\$ 424,27$ e $\geq R\$ 424,27$), taxa de extrema pobreza ($< 8,26\%$ e $\geq 8,26\%$), taxa de vulnerabilidade à pobreza ($< 48,27\%$ e $\geq 48,27\%$) e taxa de analfabetismo ($\leq 14,69\%$ e $> 14,69\%$).

Para cada resultado, modelos de regressão binomial negativa foram usados para associar os dois desfechos (procedimentos individuais e coletivos de PSB) com covariáveis e estimar razões de prevalência (RP) não ajustadas e ajustadas, intervalos de confiança (IC95%) e valores de p. Inicialmente, o modelo de regressão binomial negativo não ajustado foi usado para avaliar os efeitos independentes de cada covariável. O modelo de regressão binomial negativo ajustado incluiu apenas covariáveis com valores de $p < 0,25$. O modelo final considerou covariáveis associadas quando $p < 0,05$. Para a avaliação da qualidade do ajuste do modelo final, foi indicada a razão entre o desvio residual e o grau de liberdade e o teste qui-quadrado dos resultados do desvio residual (14). Todas as análises foram realizadas no Statistical Program for Social Science, versão 25.0 (SPSS for Windows, SPSS, Inc., Chicago, IL, EUA).

Resultados

Do total de 5570 municípios brasileiros, 4913 (88,2%) apresentaram produção de procedimentos individuais e coletivos de PSB no ano de 2019. Observou-se predominância de municípios com menores desigualdade de renda ($n=2683$; 54,6%), pequeno porte populacional (10.001 a 50.000 habitantes) ($n=2206$; 44,9%) e IDH médio ($n=4831$; 98,3%). Quanto aos indicadores de cobertura, 94,7% ($n=4.655$) e 83,7% ($n=4.110$) dos municípios tinham mais de 50% da população atendida por ESF e ESB, respectivamente (Tabela 1).

O modelo final indicou que municípios com baixo índice de Gini (menos desiguais) apresentaram maior frequência de realização de procedimentos individuais de PSB (RP=1,04; IC95% 1,01-1,08) acima da mediana. Aqueles com alto índice de analfabetismo tiveram maior frequência de realização dos mesmos procedimentos (RP=1,06; IC95 % 1,00-1,13). Municípios de 10.001 a 50.000 habitantes (RP=1,07; IC95% 1,02-1,12) e de 50.001 a 100.000 habitantes

(RP=1,21; IC95% 1,12-1,30) apresentaram maior frequência de procedimentos individuais em relação aos menores municípios. Municípios com baixa vulnerabilidade à pobreza apresentaram menor frequência de procedimentos clínicos (RP=0,83; IC95% 0,78-0,89). Por fim, aqueles com cobertura de ESB de até 50% da população tiveram menor frequência de realização de procedimentos individuais (RP=0,39; IC95% 0,33-0,45) (Tabela 2).

Em relação aos procedimentos coletivos de PSB, o modelo final demonstrou baixa frequência de procedimentos entre os municípios menos desiguais (RP=0,91, IC95% 0,87-0,95), entre os de baixo (RP=0,53; IC95% 0,35-0,80) e médio IDH (RP=0,79; IC95% 0,71-0,87) e, por fim, nos municípios com baixa renda per capita (RP=0,84; IC95% 0,81-0,88) (Tabela 3).

Discussão

Os resultados deste estudo sugerem que os fatores sociodemográficos e de cobertura de ESB na Estratégia Saúde da Família influenciam a produção de procedimentos individuais e coletivos de PSB em municípios brasileiros. Em nível individual, menores desigualdades de renda, maiores taxas de analfabetismo e médios portes populacionais demonstraram efeito na maior frequência de municípios que realizam procedimentos acima da mediana. Contrariamente, menores taxas de vulnerabilidade à pobreza e menor cobertura de ESB influenciaram na menor frequência. Em nível coletivo, menores desigualdades de renda, IDH baixo e médio e menores rendas per capita influenciaram a menor frequência de municípios com procedimentos acima do parâmetro definido.

Em relação à renda, os municípios menos desiguais realizaram o maior número de procedimentos individuais de PSB e o menor número de procedimentos coletivos. Mundialmente, a desigualdade de renda está associada às precárias condições de saúde bucal, nos mais diferentes agravos e situações. A baixa renda individual ou familiar está associada ao câncer bucal, à prevalência/experiência de cárie dentária, ao traumatismo dentário, à doença periodontal e à baixa qualidade de vida relacionada à saúde bucal (15). Nesta análise, percebe-se que as populações mais desiguais são aquelas com maiores necessidades das ações de PSB, a fim de se promover equidade em saúde.

Os municípios com maiores taxas de analfabetismo realizaram procedimentos acima da mediana. Esse resultado é favorável, pois quanto menor o nível de entendimento da população, maior a necessidade de utilizar os serviços públicos odontológicos (8) e realizar ações que levem ao melhor estado de saúde. Segundo os critérios do IBGE, analfabetos não sabem ler e escrever sequer um simples bilhete. Isso é preocupante, pois a responsabilidade do compartilhamento do conhecimento dentro da família é transferida para pais instruídos (16,17). Pouco conhecimento, atitudes, práticas de saúde bucal e baixa alfabetização dos pais são os maiores preditores de cárie dentária na primeira infância (18). Em geral, as chances de doenças bucais são significativamente maiores em indivíduos com menor escolaridade (19,20).

Quanto ao porte populacional, a frequência de municípios com procedimentos acima da mediana foi maior nas populações de médio porte do que naquelas com até 5.000 habitantes. Um estudo sobre as condições que influenciam a gestão do sistema local de saúde (categorizadas em favoráveis, regulares ou desfavoráveis) revelou que 77% a 100% dos grandes municípios estão na categoria favorável, enquanto apenas 10% a 17% dos pequenos municípios são na mesma condição (21). Diante dessa constatação, destaca-se a municipalização da saúde, pois aumenta a pressão sobre os governos locais para ofertar saúde bucal universal, resolutiva e de qualidade (22). Além disso, grande parte do orçamento de saúde dos municípios provém de recursos próprios, que contam com pouco ou nenhum apoio financeiro das secretarias estaduais de saúde. Portanto, municípios maiores e mais desenvolvidos economicamente têm mais capacidade de atender às demandas de saúde devido à maior disponibilidade de recursos.

Municípios com os menores percentuais da população na condição de vulnerabilidade à pobreza foram associados à baixa frequência de procedimentos individuais de PSB. A vulnerabilidade à pobreza revela carências socioeconômicas dos municípios. Neste sentido, as piores condições socioeconômicas refletem problemas de saúde bucal (6,7,15,19,20,23,24), e a condição de saúde bucal é um indicador de pobreza (23). Portanto, a redução da pobreza pode prevenir doenças e diminuir hospitalizações e custos de saúde (24). Além disso, as práticas de PSB devem ser ampliadas para melhorar a saúde da população. Essa medida deve ser complementada com políticas

públicas responsáveis por gerar mudanças sociais estruturais amplas e de longo prazo para o combate e erradicação da pobreza.

Segundo o Ministério da Saúde, o indicador de cobertura da ESB é limitado, pois mede apenas a existência de equipes e não o trabalho realizado. Portanto, sua análise deve ser complementada com informações sobre quantidade e qualidade de atendimentos e procedimentos. Nesse contexto, identificou-se menor frequência de municípios que realizam procedimentos individuais de promoção de saúde bucal entre aqueles com menores coberturas de ESB. Isto reflete a influência da baixa oferta e dificuldade de acesso aos serviços básicos de odontologia na redução de ações individuais de promoção de saúde bucal. Portanto, a cobertura universal de saúde bucal com acesso a serviços efetivos e de qualidade pode minimizar as desigualdades na PSB.

Em relação às práticas coletivas do ESF, a menor frequência de municípios que realizam ações de aplicação tópica de flúor em gel, bochechos com flúor, escovação supervisionada, exame bucal para fins epidemiológicos e atividades educativas esteve associada ao baixo IDH e à baixa renda per capita. Nesse contexto, destaca-se a extensão da oferta de serviços de saúde bucal na perspectiva da promoção da saúde e considerando a universalidade, a equidade, a integralidade como princípios do SUS. Isto porque as desigualdades sociais se refletem nas piores condições de vida e saúde (15). Por exemplo, Pereira et al. (25) observaram associações entre a prevalência de cárie dentária em crianças de 12 anos e o IDH municipal das capitais brasileiras.

Adicionalmente, a necessidade de tratar doenças bucais crônicas é alta em países de baixa e média renda porque os custos podem exceder os recursos disponíveis (6). Por esta razão, trabalhar efetivamente a PSB, em termos quantitativos e qualitativos, deve ser prioridade para os gestores em saúde bucal.

Este estudo apresenta limitações pertinentes ao desenho de estudos transversais, não sendo possível determinar relações de causalidade. Além disso, dados referentes a procedimentos de PSB, como orientação de higiene bucal, ação coletiva de prevenção do câncer bucal, selamento provisório da cavidade dentária e orientações de higienização de próteses dentárias, não foram enviados pelo Ministério da Saúde por não constarem na tabela do SUS antes de setembro de 2021.

Os resultados deste estudo revelaram iniquidades de práticas em PSB entre os municípios brasileiros. Isso aponta para desafios a serem superados para garantir os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal, no âmbito da atenção primária à saúde. E se o número de procedimentos parece estar associado às condições sociodemográficas e à abrangência da ESB na estratégia saúde da família, melhorias relacionadas à dimensão social são tão cruciais quanto a ampliação da assistência à saúde.

Para se reduzir as desigualdades em PSB no Brasil, os esforços devem transcender o campo da saúde. Em outras palavras, mais do que ampliar a oferta dos serviços públicos de saúde bucal é necessário que haja mudanças nas políticas econômicas e sociais, a fim de se melhorar os indicadores contextuais dos municípios, territórios e de suas populações.

Referências

- 1- Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021;36:1578-98.
- 2- Malta DC, Reis AACD, Jaime PC, Morais Neto OL, Silva MMAD, Akerman M. Brazil's Unified Health System and the National Health Promotion Policy: prospects, results, progress and challenges in times of crisis. Cien Saude Colet. 2018;23:1799-809.
- 3- Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet. 2019;394:345-56.
- 4- Pucca GA Jr, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. J Dent Res. 2015;94:1333-7.
- 5- Fraihat N, Madae'en S, Bencze Z, Herczeg A, Varga O. Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Oral-Health Promotion in Dental Caries Prevention among Children: Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2019;16:2668.
- 6- Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394:249-60.
- 7- Vettore MV, Aqeeli A. The roles of contextual and individual social determinants of oral health-related quality of life in Brazilian adults. Qual Life Res. 2016;25:1029-42.

- 8- Galvão MHR, Medeiros AA, Roncalli AG. Contextual and individual factors associated with public dental services utilization in Brazil: A multilevel analysis. *PLoS One*. 2021;16:e0254310.
- 9- Rebelo Vieira JM, Rebelo MAB, Martins NMO, Gomes JFF, Vettore MV. Contextual and individual determinants of non-utilization of dental services among Brazilian adults. *J Public Health Dent*. 2019;79:60-70.
- 10- Ghanbarzadegan A, Balasubramanian M, Luzzi L, Brennan D, Bastani P. Inequality in dental services: a scoping review on the role of access toward achieving universal health coverage in oral health. *BMC Oral Health*. 2021;21:404.
- 11- Souza JGS, Costa Oliveira BE, Sampaio AA, Lages VA, Romão DA, Martins AMEBL. Contextual and Individual Determinants of Root Caries in Older People. *Caries Res*. 2018;52:253-61.
- 12- Silva FBD, Frazão P. Sanitation utilities and fluoridation of water supply systems: an ecological study in Brazilian municipalities, 2008-2010. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27: e2018015.
- 13- Freire AR, Freire DEWG, Araújo ECF, de Lucena EHG, Cavalcanti YW. Influence of Public Oral Health Services and Socioeconomic Indicators on the Frequency of Hospitalization and Deaths due to Oral Cancer in Brazil, between 2002-2017. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;18:238.
- 14- Aldosari MA, Tavares MA, Matta-Machado ATG, Abreu MHNG. Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care. *PLoS One*. 2017;12:e0187993.
- 15- Singh A, Peres MA, Watt RG. The relationship between income and oral health: A Critical Review. *J Dent Res*. 2019;98:853-60.
- 16- Riggs E, Kilpatrick N, Slack-Smith L, Chadwick B, Yelland J, Muthu MS, et al. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019:CD012155.
- 17- Mishra A, Pandey RK, Chopra H, Arora V. Oral health awareness in school-going children and its significance to parent's education level. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2018;36:120-24.
- 18- Marquillier T, Lombrail P, Azogui-Lévy S. Inégalités sociales de santé orale et caries précoces de l'enfant : comment prévenir efficacement ? Une revue de

portée des prédicteurs de la maladie [Social inequalities in oral health and early childhood caries: How can they be effectively prevented? A scoping review of disease predictors]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2020;68:201-14.

19-Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2015;94:10-8.

20-Niskanen MC, Mattila PT, Niinimaa AO, Vehkalahti MM, Knuuttila MLE. Behavioural and socioeconomic factors associated with the simultaneous occurrence of periodontal disease and dental caries. *Acta Odontol Scand*. 2020;78:196-202.

21- Calvo MC, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJ, Rocha TA. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde [Municipalities Stratification for Health Performance Evaluation]. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25:767-76.

22- Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Moysés SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. *Int Dent J*. 2013;63:237-43.

23- Costacurta M, Epis M, Docimo R. Evaluation of DMFT in paediatric patients with social vulnerability conditions. *Eur J Paediatr Dent*. 2020;21:70-73.

24- da Fonseca MA. The effects of poverty on children's development and oral health. *Pediatr Dent*. 2012;34:32-8.

25- Pereira FA, de Mendonça IA, Werneck RI, Moysés ST, Gabardo MC, Moysés SJ. Human Development Index, Ratio of Dentists and Inhabitants, and the Decayed, Missing or Filled Teeth Index in Large Cities. *J Contemp Dent Pract*. 2018;19:1363-69.

Tabela 1. Distribuição dos municípios segundo as variáveis sociodemográficas e da cobertura da Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2019.

Variável	n	%
GINI		
Até 0.5000	2683	54,6
Maior que 0.5000	2230	45,4
População do município		
Menor que 5,001	1096	22,3
5,001 a 10,000	1054	21,5
10,001 a 50,000	2206	44,9
50,001 a 100,000	298	6,1
100,001 a 500,000	224	4,6
Maior que 500,000	35	0,7
IDH		
Até 0,50	47	1,0
0,51-0,79	4831	98,3
Acima de 0,80	35	0,7
Mães chefe de família		
Acima ou igual a 48,27%	2455	50,0
Abaixo de 48,27%	2458	50,0
Renda per capita		
Abaixo de R\$424,27	2457	50,0
Acima ou igual a R\$424,27	2456	50,0
Extrema pobreza		
Abaixo de 8,26%	2459	50,1
Acima ou igual a 8,26%	2454	49,9
Vulnerabilidade à pobreza		
Abaixo de 48,27%	2458	50,0
Acima ou igual a 48,27%	2455	50,0
Analfabetismo		
Até 14,69%	2457	50,0
Maior que 14,69%	2456	50,0
Cobertura ESF		
Até 50%	258	5,3
Acima de 50%	4655	94,7
Cobertura ESB		
Até 50%	803	16,3
Acima de 50%	4110	83,7
Taxa de procedimentos individuais		
Até a mediana	2457	50,0
Acima da mediana	2456	50,0
Taxa de procedimentos coletivos		
Sem procedimentos	2673	54,4
Com algum procedimento	2240	45,6

Extremamente pobres - com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$ 70,00.
 Vulneráveis à pobreza - com renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário-mínimo (R\$ 255,00). Salário-Mínimo referente ao ano de 2010 (R\$ 510,00)

Tabela 2. Fatores associados aos procedimentos individuais de Promoção da Saúde Bucal, Brasil, 2019.

Variável	Frequência (%) de municípios com procedimentos odontológicos acima da mediana (valor 0,027)	RP Não Ajustada (IC 95%)	p-valor	RP Ajustada (IC 95%)	p-valor
GINI					
Até 0.5000	47.6	0.93 (0.89-0.96)	<0.001	1,04 (1,01-1,08)	0,012
Maior que 0.5000	52.9	1			
População do município					
Menor que 5,001	50.4	1	0.720	0,99 (0,94-1,05)	0.925
5,001 a 10,000	51.1	1.01 (0.95-1.06)			
10,001 a 50,000	52.9	1.03 (0.98-1.08)	0.183	1,07 (1,02-1,12)	0,002
50,001 a 100,000	47.3	0.95 (0.87-1.04)	0.362	1,21 (1,12-1,30)	<0.001
100,001 a 500,000	24.1	0.58 (0.47-0.70)	<0.001	1,05 (0,89-1,24)	0,511
Maior que 500,000	11.4	0.30 (0.13-0.70)	0.005	0,77 (0,34-1,71)	0,524
IDH					
Até 0,50	34,0	2,03 (0,94-4,38)	0,071		
0,51-0,79	50,4	2,68 (1,31-5,46)	0,007		
Acima de 0,80	14,3	1			
Mães chefe de família					
Acima ou igual a 48,27%	56,2	1	<0.001		
Abaixo de 48,27%	43,8	0,84 (0,81-0,88)			
Renda per capita					
Abaixo de R\$424,27	61,8	1,38 (1,32-1,44)	<0.001		
Acima ou igual R\$424,27	38,2	1			
Extrema pobreza					
Abaixo de 8,26%	39,4	0,74 (0,72-0,78)	<0.001		
Acima ou igual a 8,26%	60,6	1			
Vulnerabilidade à pobreza					
Abaixo de 48,27%	38,0	0,72 (0,69-0,75)	<0.001	0,83 (0,78-0,89)	<0.001
Acima ou igual a 48,27%	62,0	1			

Analfabetismo						
Até 14,69%	38,5	1	<0.001			0,048
Maior que 14,69%	61,5	1,37 (1,31-1,42)		1,06 (1,00-1,13)		
Cobertura ESF						
Até 50%	14,0	0,35 (0,27-0,47)	<0.001			
Acima de 50%	52,0	1				
Cobertura ESB						
Até 50%	15,4	0,37 (0,32-0,42)	<0.001	0,39 (0,33-0,45)		<0.001
Acima de 50%	56,7	1				

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano; ESF: Equipes de Saúde da Família; ESB: Equipes de Saúde Bucal; RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança.

Tabela 3. Fatores associados aos procedimentos coletivos de Promoção da Saúde Bucal, Brasil, 2019.

Variável	Frequência (%) de municípios com procedimentos odontológicos acima da mediana (valor 0,000)	RP Não Ajustada (IC 95%)	p-valor	RP Ajustada (IC 95%)	p-valor
GINI					
Até 0.5000	44.5	0,96(0,92-1,00)	0,103	0,91(0,87-0,95)	<0.001
Maior que 0.5000	46.9	1			
População do município					
Menor que 5,001	39.4	1			
5,001 a 10,000	37.3	0,96 (0,88-1,03)	0,311		
10,001 a 50,000	47.4	1,13 (1,07-1,20)	<0.001		
50,001 a 100,000	63.1	1,36 (1,27-1,47)	<0.001		
100,001 a 500,000	68.3	1,43 (1,33-1,54)	<0.001		
Maior que 500,000	80.0	1,57 (1,41-1,74)	<0.001		
IDH					
Até 0,50	25,5	0,46 (0,31-0,69)	<0.001	0,53 (0,35-0,80)	0,002
0,51-0,79	45,6	0,71 (0,64-0,79)	<0.001	0,79 (0,71-0,87)	<0.001
Acima de 0,80	77,1	1			
Mães chefe de família					
Acima ou igual a 48,27%	44,0	1	0,021		
Abaixo de 48,27%	47,2	1,05 (1,00-1,09)			
Renda per capita					
Abaixo de R\$424,27	40,7	0,86 (0,82-0,90)	<0.001	0,84 (0,81-0,88)	<0.001
Acima ou igual a R\$424,27	50,4	1			
Extrema pobreza					
Abaixo de 8,26%	49,4	1,12 (1,07-1,17)	<0.001		
Acima ou igual a 8,26%	41,8	1			
Vulnerabilidade à pobreza					

Abaixo de	49,7	1,13 (1,08-1,18)	<0.001
48,27%			
Acima ou igual a	41,5	1	
48,27%			

Analfabetismo			
Até 14,69%	49,9	1	<0.001
Maior que	41,3	0,87 (0,84-0,91)	
14,69%			

Cobertura ESF			
Até 50%	52,7	1,10 (1,02-1,20)	0,010
Acima de 50%	45,2	1	

Cobertura ESB			
Até 50%	44,5	0,97 (0,92-1,03)	0,485
Acima de 50%	45,8	1	

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano; ESF: Equipes de Saúde da Família; ESB: Equipes de Saúde Bucal; RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança.

5. ARTIGO 2

O manuscrito a seguir será submetido para publicação no periódico “Epidemiologia e Serviços de Saúde”.

Fatores associados à efetividade da promoção de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba, Brasil

Factors associated with the effectiveness of oral health promotion in the Family Health Strategy in the State of Paraíba, Brazil

Factores asociados a la efectividad de la promoción de la salud bucal en la Estrategia de Salud de la Familia en el Estado de Paraíba, Brasil

Efetividade da promoção de saúde bucal e fatores associados

RESUMO:

Objetivo: Investigar as associações entre o perfil sociodemográfico, profissional e fatores ligados ao trabalho com a efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal (PSB). **Métodos:** Estudo transversal, com participação de 211 cirurgiões-dentistas, que atuavam nas Equipes de Saúde Bucal (EqSB) da Estratégia Saúde da Família no estado da Paraíba. Os dados foram coletados por questionário virtual. Para avaliação do desfecho, utilizou-se a matriz que contempla valores e pilares da promoção da saúde. Os dados foram analisados por Regressão de Poisson, sendo significativos com $p < 0,05$. **Resultados:** A maior efetividade das estratégias foi associada às EqSB mistas (RP=1,54; IC95% 1,154-2,076) e aos cirurgiões-dentistas com contrato temporário (RP=1,67; IC95% 1,240-2,250). **Conclusão:** A maior efetividade das estratégias de PSB pode ser influenciada por profissionais que atuam em áreas urbanas e rurais e com vínculo do tipo contrato temporário. Análises centradas na avaliação de práticas de PSB são importantes para a gestão da saúde bucal.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate associations between sociodemographic and professional profiles and work-related factors with the effectiveness of oral health promotion strategies (OHP). **Methods:** A cross-sectional study was conducted, involving 211 dentists employed in the Oral Health Teams (OHT) of the Family Health Strategy in the state of Paraíba. Data were collected through a virtual questionnaire. To assess the effectiveness of OHP strategies, we employed a matrix encompassing health promotion values and pillars. The data were analyzed using Poisson Regression. Results were considered significant at $p < 0.05$. **Results:** The greater effectiveness of OHP strategies was found to be associated with mixed OHT (RP=1.54; 95%CI 1.154-2.076), and dentists with temporary contracts (RP=1.67; 95%CI 1.240-2.250). **Conclusion:** Our findings suggest that greater effectiveness of OHP strategies can be influenced by dentists who work in urban and rural areas and with temporary contracts. Analyzes focused on evaluating OHP practices are important for oral health management.

Keywords: Health Promotion; Oral Health; Primary Health Care; Health Evaluation.

RESUMÉN

Objetivo: En este estudio, se investigaron las asociaciones entre el perfil sociodemográfico y profesional y los factores relacionados con el trabajo en relación a la efectividad de las estrategias de promoción de la salud bucal (PSB). **Métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal que contó con la participación de 211 cirujanos dentistas que trabajaban en los Equipos de Salud Bucal de la Estrategia de Salud de la Familia en el estado de Paraíba, Brasil. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario virtual. Para evaluar la efectividad de las estrategias de PSB, se utilizó una matriz que incluía los valores y pilares de la promoción de la salud. Se llevó a cabo un análisis de regresión de Poisson. Los resultados se consideraron significativos cuando $p < 0,05$. **Resultados:** Se encontró que la efectividad de las estrategias de PSB se asoció con los EqSB mixtos (RP=1,54; IC95% 1,154-2,076), los cirujanos dentistas con contratos temporales (RP=1,67; IC95% 1,240-2,250). **Conclusión:** La mayor efectividad de las estrategias de PSB puede verse influenciada por profesionales que trabajan en áreas urbanas y rurales y con contratos temporales. Análisis

centrados em avaliar las prácticas de PSB son importantes para la gestión de la salud bucal.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Salud Bucal; Atención Primaria de Salud. Evaluación en Salud.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a promoção da saúde vem ganhando visibilidade e destaque nas políticas públicas de saúde no Brasil. A promoção da saúde, como política transversal do Sistema Único de Saúde (SUS), foi implementada em 2006, objetivando “promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde”. Neste sentido, os riscos à saúde estariam relacionados aos seus determinantes socioambientais.¹ É válido destacar que, uma das diretrizes desta política incentiva a pesquisa em promoção da saúde, no que diz respeito à avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas.¹ Este estímulo às pesquisas apoiadoras da tomada de decisões também foi reforçado na versão revisada e atualizada da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).²

Nessa perspectiva, a efetividade avalia se uma intervenção “serve para o que foi criada e se funciona sob condições reais, não controladas”^{3,4}, sendo um processo que depende de fatores como percepção dos sujeitos envolvidos e momento avaliativo.⁴ Por isso, ao final de um processo de avaliação da efetividade das intervenções de promoção da saúde, tem-se “sinais ou indícios de efetividade, em vez de evidências”.⁴

No tocante à saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), legalmente instituída no âmbito do SUS, garante a saúde bucal como um direito a todos os brasileiros⁵ e suas diretrizes também expressam a avaliação como parte do processo de planejamento e programação. Adicionalmente, um dos pressupostos da PNSB centra-se na vigilância à saúde, a partir de práticas de acompanhamento das ações desenvolvidas sobre o território.⁵

Apesar da PNSB, desde 2004, ter possibilitado a ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde bucal, por parte da população brasileira,^{6,7} o modelo de atenção continua expressando desigualdades⁶ e a garantia da integralidade das ações continua sendo um desafio para a gestão da saúde⁷. Os fatores individuais e contextuais territoriais ainda exercem forte influência nos

desfechos em saúde bucal.⁸⁻¹⁰ Nunca ter ido ao dentista está associado a classe social menos favorecida, ao analfabetismo e à cor/raça preta.^{8,9} Além disso, a maior realização de procedimentos cirúrgicos ou de urgência, os quais resultam nas extrações dentárias, está relacionada à idade mais avançada, ao fato de sentir dor de dente, à raça/cor preta e à região Nordeste.^{9,10}

Nesse contexto, definiu-se avaliar as práticas de PSB no estado da Paraíba, em virtude dos desfavoráveis indicadores sociodemográficos¹¹ e das prevalências dos agravos bucais ainda mostrarem-se preocupantes¹²⁻¹⁴. Expectativa de vida, taxa de analfabetismo, percentual de extrema pobreza, percentual de vulnerabilidade à pobreza e renda *per capita* – revelarem-se piores na Paraíba quando comparados aos dados nacionais.¹¹ Adicionalmente, os percentuais de paraibanos inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), vivendo sem abastecimento de água, sem esgotamento sanitário e sem coleta de lixo adequados, correspondem, respectivamente, a 36,48; 47,39 e 27,72.¹¹

Dados epidemiológicos evidenciam índices elevados e alta prevalência de cárie dentária, dor de dente e perdas dentárias em populações paraibanas de todas as idades,¹²⁻¹⁴ com impactos negativos sobre a qualidade de vida (de Albuquerque et al., 2023).¹⁴ Quanto aos serviços de saúde bucal ofertados, o desempenho das EqSB foi considerado insuficiente, diante do indicador de resolatividade, o que aponta para o fato da atenção básica em saúde bucal no estado da Paraíba não concluir os tratamentos para os quais oportuniza o acesso.¹⁵

Diante do exposto e considerando-se que o fortalecimento das práticas de promoção da saúde reduzem as desigualdades em saúde, promoverem bem-estar e qualidade de vida,^{1,2,4} avaliar as ações de Promoção de Saúde Bucal (PSB) é relevante principalmente pela evidência de que essas práticas melhoraram as condições bucais das populações.¹⁶ Assim, a avaliação da efetividade das ações de PSB desenvolvidas por Equipes de Saúde Bucal (EqSB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Paraíba é relevante para a produção do conhecimento, escasso nesta temática, e para o apoio à gestão em saúde bucal.

Partindo-se do pressuposto de que vários fatores podem influenciar o desempenho de cirurgiões-dentistas em relação às suas atividades nas equipes

de saúde bucal, entre eles; modalidade da equipe,¹⁷ fatores regionais,¹⁷⁻¹⁹ e formação ou capacitação continuada,²⁰ este estudo objetivou investigar as associações entre o perfil sociodemográfico e profissional dos cirurgiões-dentistas e fatores ligados ao trabalho na EqSB da ESF com a efetividade das estratégias de PSB.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Este estudo caracterizou-se como uma investigação exploratória, transversal, com emprego de abordagem metodológica quantitativa, de natureza descritiva e analítica. Para auxílio na escrita foram seguidas as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para o desenho e o desenvolvimento de estudos transversais.

Cenário do estudo

O estado da Paraíba está localizado na região Nordeste do Brasil e é constituído por 223 municípios. Esta Unidade Federativa possui uma extensão territorial de 56.467,242 km², sendo a população estimada para o ano de 2022 de 3.974.495 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), referente a 2021, foi considerado médio, igual a 0,698.²¹ A cobertura populacional frente às EqSB na ESF representou 89,32% (referência a agosto de 2021).²²

No tocante à regionalização em saúde, a Paraíba é dividida em três Macrorregiões de Saúde, as quais são subdivididas em 16 Regiões de Saúde.²³

Participantes, amostragem e critérios de elegibilidade

A população de referência deste estudo foi de 1400 cirurgiões-dentistas que compunham as EqSB da Estratégia Saúde da Família no estado da Paraíba em agosto de 2021.²²

Os participantes foram selecionados por amostragem não probabilística do tipo bola de neve.²⁴ Nesta técnica de seleção, os participantes iniciais foram convidados pela pesquisadora responsável, considerando-se os critérios de elegibilidade. Em seguida, solicitou-se aos mesmos a indicação de outros profissionais que atendessem os critérios da pesquisa. Na ausência de indicação, procedeu-se com busca ativa de outro cirurgião-dentista.

Como critérios de inclusão, foram considerados os cirurgiões-dentistas que atuavam, há pelo menos um ano na mesma EqSB antes do início da pandemia da COVID-19, os quais aceitaram participar voluntariamente do estudo. Este critério foi estabelecido em função das modificações do trabalho das equipes de saúde bucal, com suspensão e/ou redução da assistência odontológica, em decorrência das medidas restritivas impostas pela pandemia.²⁵ Foram excluídos os profissionais que tinham sido afastados do trabalho há pelo menos seis meses, por qualquer motivo.

Neste cenário, 781 cirurgiões-dentistas foram convidados a participar do estudo. Desses, 12 não foram incluídos, pois atuavam, exclusivamente, na rede privada ou na atenção secundária e 06 foram excluídos, considerando-se o tempo de atuação na equipe. Dos 763 cirurgiões-dentistas enquadrados na população alvo, 522 não responderam ao convite ou se recusaram a participar do estudo. Dessa forma, a amostra final correspondeu a 211 profissionais.

Desfecho e covariáveis

A efetividade das estratégias de promoção de saúde bucal foi definida como desfecho do estudo. As covariáveis foram relacionadas ao perfil sociodemográfico/profissional dos cirurgiões-dentistas e aos fatores ligados ao trabalho na EqSB da ESF.

Os fatores referentes ao perfil sociodemográfico/profissional foram: sexo (sexo biológico, dicotomizado em masculino ou feminino); idade (em anos completos, categorizada em até 28 anos, de 29 a 36 anos e 37 anos ou mais); estado civil (situação em relação ao matrimônio, categorizada em solteiro, casado ou divorciado/separado); filhos (dicotomizado em sim ou não); renda familiar (renda familiar mensal em salários mínimos, categorizada em até 4 salários mínimos, de 5 a 6 salários mínimos, e acima de 6 salários mínimos); residência no mesmo município em que atua na EqSB (residência permanente no município, dicotomizada em sim ou não); tempo de formação (tempo relacionado à graduação em anos completos, categorizado em até 4 anos, de 5 a 10 anos ou 11 anos ou mais); tempo de atuação profissional (tempo de atuação como cirurgião-dentista em anos completos, categorizado em até 3 anos, de 4 a 9 anos ou 10 anos ou mais); e existência de outro vínculo profissional (outro emprego público ou privado na área odontológica; dicotomizado em sim ou não).

As covariáveis referentes ao trabalho na EqSB foram: tempo de atuação na atual equipe (tempo de atuação em anos completos, categorizado em até 2 anos, de 3 a 5 anos ou 6 anos ou mais); remuneração (remuneração em salários mínimos pela atuação na EqSB, categorizada em até 2 salários mínimos, de 3 a 4 salários mínimos ou 5 ou mais salários mínimos); tipo de equipe (classificação da equipe de saúde segundo a área de abrangência, categorizado em urbana, rural ou mista); tipo de vínculo empregatício (forma de contratação do profissional, baseado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), categorizado neste estudo em: servidor público estatutário/ contrato pelo regime Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou vinculados por contratado temporário;²⁶ carga horária semanal de trabalho (quantidade de horas trabalhadas pela atuação na EqSB); e Macrorregião de Saúde (macrorregião administrativa de saúde, a qual está inserido o município em que o profissional atuava na EqSB). Esta última variável foi categorizada em: 1ª JP (Macrorregião de João Pessoa); 2ª CG (Macrorregião de Saúde de Campina Grande); ou 3ª S e AS (Macrorregião de Saúde do Sertão e Alto Sertão).²³

A efetividade das estratégias de PSB, desenvolvidas no contexto da Atenção Primária à Saúde, foi obtida a partir da aplicação de um instrumento de avaliação validado, e proposto por Kusma; Moysés; Moysés (2012).^{27,28} Esta ferramenta constitui uma matriz de descritores dividida em três dimensões (Saúde Bucal/ Políticas Públicas Saudáveis/ Desenvolvimento Humano e Social) e vinte e três indicadores. Para cada indicador, as respostas foram ordenadas em uma escala tipo Likert com escores que variavam de 1 (não contempla) até 5 (contempla totalmente). Para mensuração, foi considerado o somatório das respostas, com valores finais variando de 23 a 115. Neste contexto, quanto maior o resultado obtido, mais as estratégias avaliadas contemplam os pilares e valores da promoção da saúde, ou seja, maior o potencial para promover a saúde bucal. Por fim, a efetividade das estratégias de PSB foi dicotomizada em: menor potencial, quando não contempla os pilares e valores da PSB em Atenção Primária à Saúde (quando a pontuação obtida foi 23 a 74) e maior potencial, quando contempla os pilares e valores da PSB em Atenção Primária à Saúde (quando a pontuação obtida foi 75 a 115).²⁸

Coleta dos dados

Os dados foram coletados no período entre agosto de 2021 e maio de 2022. Porém, a experiência relatada foi anterior a pandemia. Utilizou-se um questionário virtual, disponibilizado por meio do aplicativo eletrônico *Google Formulários*®. O questionário foi composto por duas partes. A primeira seção foi referente ao perfil sociodemográfico e profissional do cirurgião-dentista. A segunda seção referiu-se à matriz de descritores que avalia as práticas de promoção de saúde bucal na atenção primária à saúde.

Primeiramente, o convite e o *link* de participação foram enviados aos cirurgiões-dentistas por meio do aplicativo *Whatsapp*®. Nesta modalidade, utilizou-se a técnica da bola de neve.²³ Outra estratégia utilizada foi o compartilhamento do questionário por meio de endereço eletrônico, nas situações em que foram fornecidos os *e-mails* dos cirurgiões-dentistas.

Um segundo contato, por meio do aplicativo ou por endereço eletrônico, foi realizado para os cirurgiões-dentistas que não responderam ao convite na primeira tentativa.

Análise dos dados

Inicialmente, a análise descritiva foi realizada para caracterizar a amostra. Modelos de regressão de Poisson simples e múltiplos, com estimação de variância robusta, foram realizados para associar o desfecho (efetividade das estratégias de promoção de saúde bucal) com as covariáveis e estimar razões de prevalência (RP), intervalos de confiança (IC95%) e valores de p. As análises bivariadas (não-ajustadas) foram usadas para avaliar os efeitos independentes de cada covariável. Apenas as covariáveis com valor de $p \leq 0.20$, nas análises bivariadas, foram incluídas nas análises multivariadas (ajustadas), considerando a hierarquia entre as covariáveis no modelo final. O modelo final considerou covariáveis associadas quando $p < 0,05$. A qualidade de ajuste dos modelos foi avaliada por meio de valores de “deviance” ($-2 \log$ likelihood).

Considerações éticas

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Patos (UNIFIP) sob os pareceres 4.724.462 e 5.025.305, observando-se as Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 211 cirurgiões-dentistas que atuavam em EqSB da Estratégia Saúde da Família no estado da Paraíba. Quanto às características sociodemográficas e profissionais, observou-se predominância de profissionais do sexo feminino (n=141; 66,8%), solteiros (n=100; 48,5%), sem filhos (n=122; 57,8%), que residiam no mesmo município em que atuava na EqSB (n=120; 56,9%) e com outros empregos na área odontológica (n=147; 69,7%) (Tabela 1).

No tocante aos fatores ligados ao trabalho do cirurgião-dentista na atual EqSB, 40,8% (n=86) dos profissionais relataram tempo de atuação de até dois anos. A maioria ganhava de 3 a 4 salários-mínimos (n=137; 64,9%). Entretanto, 32,2% dos participantes ganhavam até 2 salários-mínimos pelo trabalho desenvolvido na EqSB. Um pouco mais da metade possuía vínculo empregatício do tipo servidor público estatutário/CLT (n=109; 52,4%). Observou-se maioria de cirurgiões-dentistas vinculada às equipes classificadas como exclusivamente urbanas (n=106; 50,2%), com carga horária de quarenta horas semanais (n=191; 90,5%), e pertencentes à terceira Macrorregião de Saúde da Paraíba (n=102; 48,3%) (Tabela 2).

A maior efetividade das estratégias de PSB, ou seja, o maior o potencial para promover saúde bucal foi observado nas respostas de 98 cirurgiões-dentistas (46,4%). Por outro lado, 113 profissionais (53,6%) reportaram menor potencial da estratégia em promover saúde bucal (Tabela 2). A média do escore final obtida foi igual a 73,05 ($\pm 21,49$).

O modelo final indicou que o maior o potencial para a realização de estratégias de promoção da saúde bucal foi associado aos cirurgiões-dentistas que declararam atuação em EqSB mistas, considerando atuação em territórios urbanos e rurais (RP=1,54; IC95% 1,154-2,076) e àqueles que possuíam vínculo por contrato temporário (RP=1,67; IC95% 1,240-2,250) em comparação aos servidores públicos estatutários/contratados por CLT (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O maior o potencial para promover a saúde bucal foi observado em 46,4% das equipes de saúde bucal, a partir das respostas dos cirurgiões-dentistas. Escores menos satisfatórios foram identificados para 53,6% dos

participantes, sendo a média do escore final igual a 73,05. Nesse contexto, outro estudo revelou médias nacional e regional para o Nordeste, respectivamente, iguais a 71,3 e 69,25, estando João Pessoa entre as capitais brasileiras com melhores desempenhos na avaliação do potencial de efetividade, com escore médio de 81,87.¹⁸

A avaliação da efetividade dos programas de promoção de saúde tem sido apontada como proposta desafiadora a se alcançar.^{18,29} Entretanto, quando se empregam instrumentos e metodologias adequados e aplicáveis aos distintos territórios e realidades, possibilita-se a identificação de fragilidades nos processos de trabalho das equipes, e detecção de problemas de saúde da população.²⁹ Nessa perspectiva, a utilização do modelo avaliativo que contempla os pilares (participação, equidade e sustentabilidade) e os valores (autonomia, empoderamento, integralidade, intersetorialidade e governança) da promoção da saúde,^{27,28} aplicado aos cirurgiões-dentistas que atuavam na ESF, representou importante ferramenta na avaliação das estratégias de promoção da saúde, no âmbito da saúde bucal da Paraíba.

Neste estudo, dois fatores foram associados ao maior potencial da estratégia em promover a saúde bucal. Primeiramente, o tipo de equipe, segundo a área de abrangência, mostrou que cirurgiões-dentistas de equipes mistas são mais propensos ao melhor desempenho. Isto pode ser explicado pela peculiaridade do trabalho dividido entre a Unidade de Saúde da Família, localizada na sede do município, e as unidades de apoio que dão suporte para atividades nos territórios rurais. Provavelmente, esse arranjo organizacional possibilita que os profissionais exerçam um escopo ampliado e diversificado de práticas.^{30,31} Nesse sentido, acredita-se que as equipes mistas consigam construir processos de trabalho que consideram o território rural e suas possibilidades, como espaço de diálogos e práticas que valorizam as diferenças culturais, os saberes tradicionais e modos de vida das populações.³²

Sobre os tipos de EqSB, outra pesquisa revelou que a modalidade 2 (composta por um cirurgião-dentista, um técnico de saúde bucal e mais um técnico de saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal) e as Regiões Sul e Sudeste do Brasil influenciaram no melhor desempenho do processo de trabalho (planejamento das ações; promoção da saúde; atenção integral)¹⁷. Neste estudo, a localização geográfica do município ao qual o cirurgião-dentista atuava na

EqSB, avaliada por meio da Macrorregião de Saúde da Paraíba não mostrou significância com o desfecho.

O vínculo empregatício influenciou a efetividade da PSB. Nesse sentido, os cirurgiões-dentistas com contrato regido por regime estatutário e por CLT foram incluídos na mesma categoria, em virtude da maior estabilidade relacionada à forma de contratação e da garantia de direitos trabalhistas, quando comparados aos profissionais empregados por contrato temporário. Estes últimos apresentaram maior potencial para práticas de PSB em relação àqueles. Contrariamente, outro estudo mostrou que a forma de vínculo estatutária influenciou o melhor desempenho de trabalho realizado por médicos da ESF.³³

É importante considerar e refletir sobre a precarização do trabalho do cirurgião-dentista imposta por vínculos instáveis, baixa remuneração, exigência de alta produtividade; estímulo aos procedimentos desnecessários e interferência na autonomia profissional, impulsionados por interesses comerciais de planos odontológicos e de clínicas privadas de cunho popular, tornam-se fatores geradores de insegurança no trabalho na rede privada.³⁴ Isto, provavelmente, impulsiona o desempenho de cirurgiões-dentistas contratados para se manterem no serviço público.

Embora este estudo tenha incluído apenas cirurgiões-dentistas de EqSB da ESF, houve menção de carga horária semanal de trabalho inferior a 40 horas. Segundo a Nota Técnica nº 19/2022 do Ministério da Saúde, os profissionais das EqSB vinculadas às equipes de Saúde da Família (EqSF) devem estar cadastrados com carga horária mínima individual de 40 horas semanais.³⁵ Apesar dessa exigência, a nota técnica flexibiliza a carga horária diferenciada para novas equipes, em que, excepcionalmente, poderão ser vinculadas duas EqSB de carga horária 20h semanais a uma EqSF. Nesse sentido, há de se pontuar que essa flexibilização foi expressa em 2022, sendo os dados do presente estudo referidos ao período anterior à pandemia. Adicionalmente, sugere-se que os cirurgiões-dentistas que mencionaram 32 horas, possivelmente, consideraram um dia de folga semanal dado, em alguns casos, pela gestão municipal.³⁶

Como limitações deste estudo apontam-se dois fatos que dificultaram a obtenção de uma amostra maior. O primeiro refere-se à realidade de muitos postos de trabalho de cirurgiões-dentistas em EqSB da ESF na Paraíba não

serem ocupados por profissionais concursados. O segundo, possivelmente, consequência do primeiro, está relacionado à rotatividade de profissionais. O fato de muitos profissionais não possuírem pelo menos um ano de atuação antes da pandemia da COVID-19, pode ser explicado também em função das eleições para prefeitos, os quais assumiram novos mandatos em janeiro de 2021. Adicionalmente, deve-se considerar possíveis vieses de resposta e de memória. Apesar das limitações descritas, o estudo se fortalece pelo emprego de instrumento validado, possível de ser aplicado considerando às restrições do período pandêmico.

O monitoramento dos serviços prestados às comunidades, principalmente relacionado à atenção primária à saúde, devem ser constantemente acompanhados e avaliados, a fim de apoiar a gestão local para melhoria das intervenções e implementação de políticas públicas de saúde na direção da universalidade, integralidade, resolutividade, com base comunitária.^{4,27}

Nesse contexto, mesmo compreendendo-se que este estudo é um retrato pontual da efetividade das ações de PSB, espera-se que os resultados obtidos apoiem à gestão da saúde bucal, no que diz respeito ao planejamento das ações baseadas na matriz de indicadores aplicada. Além disso, aponta-se para a necessidade de contratações por meio de concursos públicos, com reflexões para maiores incentivos e estímulos direcionados aos cirurgiões-dentistas concursados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. Série B. Textos Básicos de Saúde [citado 2023 Abr 11]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS: revisão da Portaria MS/ GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [citado 2023 Abr 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf.

3. Hausen H. How to improve the effectiveness of caries-preventive programs based on fluoride. *Caries Res.* 2004;38(3):263-267. doi:10.1159/000077765
4. Ministério da Saúde (BR). Monitoramento e avaliação em promoção da saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 109 p [citado 2023 Out 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento_avaliacao_promocao_saude.pdf
5. 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) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. *Diário Oficial da União* 2023; 2023 maio 09. Seção 1, p. 1.
6. Galvão MHR, Roncalli, AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health.* 2021;21:541. doi: 10.1186/s12889-021-10586-2
7. Costa Junior S da, Araujo PG, Frichebruder K, Hugo FN. Política Nacional de Saúde Bucal: metassíntese dos estudos sobre a rede de saúde bucal. *Rev Saúde Pública.* 2021;55:105. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003454
8. Galvão MHR, Medeiros AA, Roncalli AG. Using Andersen's behavioural model to examine individual and contextual factors associated with dental service utilization in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022;pmid:35488515. doi: 10.1111/cdoe.12753
9. Galvão MHR, Souza ACO de, Moraes HG de F, Roncalli AG. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2022;27(6):2437–48. doi: 10.1590/1413-81232022276.17352021
10. de Souza VGL, Herkrath FJ, Garnelo L, Gomes AC, Lemos UM, Parente RCP, et al. Contextual and individual factors associated with self-reported tooth loss among adults and elderly residents in rural riverside areas: A cross-sectional household-based survey. *PLoS One.* 2022;17(11):e0277845. doi:10.1371/journal.pone.0277845
11. AtlasBR. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Portal Eletrônico [Internet]. [acesso 2023 Out 12]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br>

12. Massoni AC de LT, Porto É, Ferreira LRBO, Gomes M da NC, Granville-Garcia AF, D'Avila S. Dor de dentes e fatores associados entre adolescentes de um município de grande porte populacional no Nordeste brasileiro. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(2):673–82. doi: 10.1590/1413-81232020252.32222017
13. Paredes SO, da Nóbrega RF, Soares TS, Bezerra ME, de Abreu MH, Forte FD. Dental pain associated with untreated dental caries and sociodemographic factors in 5-year-old children. *J Clin Exp Dent*. 2021;13(6):e552-e557. doi: 10.4317/jced.57827
14. de Albuquerque LS, de Queiroz RG, Abanto J, Strazzeri Bönecker MJ, Soares Forte FD, Sampaio FC. Dental Caries, Tooth Loss and Quality of Life of Individuals Exposed to Social Risk Factors in Northeast Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(17):6661. doi: 10.3390/ijerph20176661
- 15- Santiago CPL, Cavalcante D de FB, Ambrosano GMB, Pereira AC, Lucena EHG de, Cavalcanti YW, *et al*. Resolutividade da atenção básica em saúde bucal em municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2021; 26:3589–97. doi: 10.1590/1413-81232021269.2.23272019
16. Souza GC de A, Kusma SZ, Moysés SJ, Roncalli AG. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00320720. doi: 10.1590/0102-311X00320720
- 17- Amorim L de P, Senna MIB, Paula JS de, Rodrigues LG, Chiari APG, Ferreira RC. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1):e2019533. doi: 10.1590/S1679-49742021000100013
18. Silveira Filho AD, Moysés SJ, Kusma SZ, Moysés ST. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. *Rev bras epidemiol*. 2016;19(4):851–65. doi:10.1590/1980-5497201600040014
- 19- Mendes SR, Martins RC, Matta-Machado ATGM, Mattos GCM, Gallagher JE, Abreu MHNG. Dental Procedures in Primary Health Care of the Brazilian National Health System. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12):1480. doi:10.3390/ijerph14121480
- 20- Mendes SR, Martins RC, Mambrini JVM, Matta-Machado ATG, Mattos-Savage GC, Gallagher JE, *et al*. The Influence of Dentists' Profile and Health

- Work Management in the Performance of Brazilian Dental Teams. *Biomed Res Int.* 2021; 2021:8843928. doi:10.1155/2021/8843928
21. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estado. [Internet]. [citado 2023 Maio 02]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/>.
22. Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor Atenção Básica). Brasil: Ministério da Saúde. [Internet]. [citado 2023 Ago 01]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>
23. Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde Resolução CIB Nº 43/18 de 25 de junho de 2018, que define 03 Macrorregiões de Saúde. Paraíba: Secretaria de Estado da Saúde, 2018 [citado 2021 Out 15]. Disponível em: <http://static.paraiba.pb.gov.br/2018/02/Resolucao-43-Nova-definicao-da-Macrorregiao.pdf>
24. Dusek GA, Yurova YV, Ruppel CP. Using social media and targeted snowball sampling to survey a hard-to-reach population: a case study. *Int J Dr Stud.* 2015;10(1): 279-99. doi: 10.28945/2296
25. Chisini LA, Costa FDS, Sartori LRM, Corrêa MB, D'Avila OP, Demarco FF. COVID-19 Pandemic impact on Brazil's Public Dental System. *Braz Oral Res.* 2021;35:e082. doi:10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0082
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130 de 11 de maio de 2017. Altera o anexo da Portaria nº 1.321/GM/MS, de 22 de julho de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [citado 2020 Jun 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1130_12_05_2017.html
27. Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2012;28:s9–19. doi: 10.1590/S0102-311X2012001300003
28. Kusma S, Moysés ST, Moysés SJ. Avaliação de ações de promoção da saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 167-79.
29. Oliveira RTQ de, Ignacio CF, Moraes AHA de, Barata MM de L. Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social. *Ciênc saúde coletiva.* 2017;22(12):3915–32. doi: 10.1590/1413-812320172212.24912017

30. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, Fausto MCR. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(11):e00255020. doi: 10.1590/0102-311X00255020
31. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(7):e00310520. doi: 10.1590/0102-311X00310520
32. Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, Machado MFAS, Dias AP, Menezes FWP, et al.. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde Debate*. 2019;43(spe8):36–49. doi: 10.1590/0103-11042019S803
33. Lima Júnior AL D, Barreto ICDHC, Maranhão RR, Nuto SDAS, Benevides BS, Saintrain MVDL, et al. (2021). Formatos de contratação médica na Estratégia Saúde da Família e o desempenho de seus atributos essenciais. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(5):1657-1668. doi: 10.1590/1413-81232021265.04432021
34. Gomes D, Ramos FRS. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. *Saude Soc*. 2015;24(1):285–97. doi: 10.1590/S0104-12902015000100022
35. Ministério da Saúde (BR). NOTA TÉCNICA Nº 19/2022-CGSB/DESF/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [citado 2023 Set 29]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220823_N_SEIMS-0027125922-NotaTecnica192022-CGSBDESFSAPSMS_5235959093411832909.pdf
36. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):657–64. doi: 10.1590/S0080-62342010000300015

Tabela 1 – Descrição da amostra segundo os fatores sociodemográficos e profissionais. Paraíba, Brasil, 2022.

Variáveis	n	%
Sexo (n=211)		
Feminino	141	66,8
Masculino	70	33,2
Idade (n=211)		
até 28 anos	72	34,1
29 a 36 anos	70	33,2
37 anos ou mais	69	32,7
Estado civil (n=206)		
Solteiro	100	48,5
Casado	92	44,7
Divorciado/ separado	14	6,8
Filhos (n=211)		
Sim	88	41,7
Não	122	57,8
Renda familiar (n=211)		
Até 4SM	75	35,5
5 a 6 SM	66	31,3
Acima de 6 SM	70	33,2
Reside no município de trabalho (n=211)		
Sim	120	56,9
Não	91	43,1
Tempo de formado (n=211)		
Até 4 anos	83	39,3
5 a 10 anos	61	28,9
11 anos ou mais	67	31,8
Tempo de atuação profissional (n=211)		
Até 3 anos	76	36,0
4 a 9 anos	65	30,8
10 anos ou mais	70	33,2
Outros empregos (n=211)		
Sim	147	69,7
Não	64	30,3

SM= Salário-Mínimo referente ao ano de 2021 (R\$ 1.100,00) a ao ano de 2022 (R\$ 1.212,00)

Tabela 2 – Descrição da amostra segundo os fatores ligados ao trabalho na EqSB da ESF, Paraíba, Brasil, 2022.

Variáveis	n	%
Tempo atuação na EqSB (n=211)		
Até 2 anos	86	40,8
3 a 5 anos	58	27,5
6 anos ou mais	67	31,8
Remuneração EqSB (n=211)		
Até 2 SM	68	32,2
3 a 4 SM	137	64,9
5 ou mais SM	06	2,8
Tipo de EqSB segundo a área de abrangência (n=211)		
Urbana	106	50,2
Rural	37	17,5
Mista	68	32,2
Vínculo empregatício (n=208)		
Estatutário/CLT	109	52,4
Contratado temporário	99	47,6
Carga horária semanal (n=211)		
20h	06	2,8
32h	14	6,6
40h	191	90,5
Macrorregião de Saúde (n=211)		
1ª JP	59	28,0
2ª CG	50	23,7
3ª S e AS	102	48,3
Efetividade das práticas de PSB		
Maior potencial	98	46,4
Menor potencial	113	53,6

SM= Salário-Mínimo referente ao ano de 2021 (R\$ 1.100,00) a ao ano de 2022 (R\$ 1.212,00)

Tabela 3 – Fatores sociodemográficos, profissionais e ligados ao trabalho associados à efetividade das estratégias de Promoção de Saúde Bucal, Paraíba, Brasil, 2022.

Variáveis	RP Não Ajustada (IC 95%)	p-valor	RP Ajustada (IC 95%)	p-valor
Sexo				
Feminino	0,93 (0,616-1,416)	0,750		
Masculino	1			
Idade				
até 28 anos	1			
29 a 36 anos	1,09 (0,670-1,787)	0,717		
37 anos ou mais	1,14 (0,703-1,862)	0,587		
Estado civil				
Solteiro	1			
Casado	1,27 (0,838-1,930)	0,257		
Divorciado/ separado	1,21 (0,547-2,718)	0,627		
Filhos				
Sim	1	0,313		
Não	0,81 (0,548-1,212)			
Renda familiar				
Até 4SM	1,10 (0,692-1,773)	0,668		
5 a 6 SM	0,92 (0,558-1,541)	0,773		
Acima de 6 SM	1			
Reside no município de trabalho				
Sim	1,09 (0,734-1,645)	0,644		
Não	1			
Tempo de formado				
Até 4 anos	1			
5 a 10 anos	0,77 (0,473-1,263)	0,304		
11 anos ou mais	0,81 (0,510-1,304)	0,397		
Tempo de atuação profissional				

Até 3 anos	1			
4 a 9 anos	0,72 (0,443-1,180)	0,195		
10 anos ou mais	0,77 (0,485-1,238)	0,288		
<hr/>				
Outros empregos				
Sim	0,98 (0,721-1,350)	0,934		
Não	1			
<hr/>				
Tempo atuação na EqSB				
Até 2 anos	1			
3 a 5 anos	0,78 (0,485-1,281)	0,338		
6 anos ou mais	0,71 (0,439-1,146)	0,161		
<hr/>				
Remuneração EqSB				
Até 2 SM	1,00 (0,307-3,255)	1,000		
3 a 4 SM	0,89 (0,279-2,838)	0,845		
5 ou mais SM	1			
<hr/>				
Tipo de EqSB segundo a área de abrangência				
Urbana	1		1	
Rural	0,95 (0,521-1,748)	0,881	1,00 (0,627-1,613)	0,980
Mista	1,55 (1,016-2,390)	0,042	1,54 (1,154-2,076)	0,003
<hr/>				
Vínculo empregatício				
Estatutário/CLT	1		1	
Contratado temporário	1,70 (1,137-2,569)	0,010	1,67 (1,240-2,250)	0,001
<hr/>				
Carga horária semanal				
20h	1			
32h	0,71 (1,707-2,988)	0,645		
40h	0,94 (2,983-2,977)	0,919		
<hr/>				
Macrorregião de Saúde				
1ª JP	1			
2ª CG	1,05 (0,614-1,806)	0,850		
3ª S e AS	0,92 (0,579-1,490)	0,762		

6. ARTIGO 3

O manuscrito a seguir foi submetido para publicação no periódico “Saúde em Debate”, especificamente para chamada do número especial ‘Territórios Sustentáveis e Saudáveis no SUS’ e encontra-se em análise.

Promoção de saúde bucal no trabalho em áreas rurais: ecos de cirurgiões-dentistas

Oral health promotion in the workplace in rural areas: echoes from dentists.

Resumo

Estudo compreendeu o trabalho dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da Promoção da Saúde Bucal (PSB) em território rural. Trata-se de uma investigação transversal e qualitativa. Quatorze profissionais que atuavam em equipes de saúde bucal rurais do estado da Paraíba foram selecionados pela técnica da bola de neve. A coleta dos dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas. Para compreensão e sistematização dos dados, adotou-se a análise de conteúdo temática. O referencial teórico condutor do método considerou pilares, valores e princípios da Promoção da Saúde (PS). As narrativas revelam conceitos imprecisos de PSB, restringindo-os às atividades de prevenção aos agravos bucais. Existem potencialidades e fragilidades nas ações de PSB em áreas rurais. Há desigualdades quanto às unidades de apoio e existem populações rurais sem qualquer assistência aos serviços especializados de saúde bucal. Observou-se envolvimento dos profissionais nas práticas campanhistas e nas metas com gestantes. Existem dificuldades na formação de grupo, e as ações intersetoriais são praticamente resumidas à parceria entre saúde/educação. As realidades são discrepantes frente ao apoio da gestão. Os discursos apontaram para ações de PSB capazes de produzir autoestima e melhorar a qualidade de vida, pautadas na integralidade e nos valores da solidariedade e humanização.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Saúde da População Rural.

Abstract

This study included the work of dentists of the Family Health Strategy, from the perspective of Oral Health Promotion (OHP) in rural territory. This is a cross-sectional and qualitative investigation. Fourteen professionals who worked in rural oral health teams in the state of Paraíba were selected by the snowball technique. Data collection was carried out through semi-structured interviews. For understanding and systematization of data, we adopted the thematic content analysis. The theoretical framework that guided the method considered pillars, values and principles of Health Promotion (HP). Narratives reveal imprecise OHP concepts, restricting them to oral disease prevention activities. There are potentialities and weaknesses in the OHP actions in rural areas. There are inequalities regarding support units and there are rural populations without any assistance to specialized oral health services. Professionals' involvement was observed in the campaign practices and in the goals with pregnant women. There are difficulties in group formation, and intersectoral actions are practically resumed to the partnership between health/education. The realities are discrepant in the face of management support. The speeches pointed to OHP actions capable of producing self-esteem and improving quality of life, based on integrality and the values of solidarity and humanization.

Keywords: Health Promotion; Primary Health Care; Rural Health

Introdução

A Promoção de Saúde (PS), a princípio entendida como processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle e melhorar sua qualidade de vida e saúde¹, atualmente, considera ações que transcendem o fortalecimento de capacidades dos indivíduos e transcende o campo da saúde por representar um amplo processo político². Ações de promoção da saúde voltam-se para a mudança dos determinantes sociais da saúde, que compreendem aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental^{3,4,5}.

Promover a saúde implica considerar as iniquidades que impactam diretamente o bem-estar, exigindo abordagens tanto intersetoriais quanto intrasetoriais, abrangendo esforços coletivos e individuais⁵. Nesse contexto, reconhece-se que as populações residentes em áreas rurais são um grupo prioritário para iniciativas de promoção da saúde⁶⁻⁹. No âmbito intrasetorial,

destaca-se a relevância das ações voltadas para a promoção da saúde bucal, visando aprimorar as condições de saúde bucal dessas comunidades.

A Promoção da Saúde Bucal (PSB) está inserida na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ancorada na perspectiva ampla de saúde que transcende a atenção odontológica. A busca da autonomia dos usuários é um enfoque das diretrizes da PNSB¹⁰, assim como é um dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)¹¹. Adicionalmente, a humanização das ações está entre as proposições da PNSB e entre os valores das políticas transversais do SUS como a PNPS¹¹ e a Política Nacional de Humanização¹². A articulação com outras políticas, como alimentação saudável, redução do tabagismo, acesso à água tratada e fluoretada, além da redução de fatores de risco para doenças bucais, são estratégias citadas para alcançar PSB junto às coletividades¹⁰.

Com relação aos municípios rurais remotos brasileiros e às populações rurais no cenário do campo, observa-se que as realidades distintas demandam políticas específicas, para se garantir equidade, integralidade e resolutividade nos serviços, direitos assegurados em lei e difíceis de serem alcançados na assistência à saúde para essas populações^{7,8,13,14}. Para muitas localidades rurais, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa a única opção de assistência na atenção primária à saúde^{9,13,15,16}. E, a respeito dos serviços de saúde bucal na ESF, apesar da expansão das equipes¹⁷, ampliação do acesso e do número de procedimentos¹⁸, ainda há desafios para se alcançar cobertura universal, sendo a redução de investimentos financeiros considerada um agravante para a assistência direcionada aos pequenos municípios do interior do país e às áreas rurais¹⁷.

Pessoas que vivem em áreas rurais geralmente experimentam resultados de saúde adversos em comparação às populações urbanas^{6,19-21}, devido ao acesso limitado aos serviços de saúde e à escassez de serviços especializados^{8,21,22}. No tocante aos agravos bucais, as perdas dentárias em adultos são altamente prevalentes e preocupantes, pois repercutem em impactos negativos na qualidade de vida^{19,23}.

Além disso, existem outras adversidades peculiares às populações rurais, as quais extrapolam a abrangência do setor saúde e necessitam da parceria de outros setores²⁴. As dificuldades de acesso estão relacionadas à distância entre os equipamentos e os locais de moradia e às barreiras geográficas, com pouca ou nenhuma garantia de transporte para trabalhadores e usuários^{9,16,22,25}. Existem,

ainda, as barreiras de linguagem ou culturais^{4,7}, as quais obstaculizam o acesso às informações, com reflexos no processo de cuidar. Percebe-se, também, que as ações de caráter individual e orientadas pelo modelo médico centrado ainda são predominantes na ESF, tanto em áreas rurais como urbanas^{14,26}. Há fragilidades no processo de definição da territorialidade e adscrição da população, com priorização do atendimento à demanda espontânea, sem ações de acompanhamento, principalmente nas localidades mais isoladas às sedes dos municípios^{9,14}.

Nas áreas rurais, as ações de PS mais evidenciadas dizem respeito às práticas educativas em grupo e ao modelo campanhista, com marca de descontinuidade^{14,25}. Ações de prevenção de doenças, viabilizadas por meio de palestras, são entendidas como PS, sendo que essa se distingue quanto aos propósitos e métodos/estratégicos. Nessa perspectiva, é evidente que o aumento da oferta de serviços odontológicos curativos e preventivos nas áreas rurais é relevante para diminuir as urgências e hospitalizações²⁷, mas o promover saúde bucal transcende essas práticas. Por isso, os aspectos de investigação das práticas de PS devem considerar, muito além das atividades preventivas, e se orientar por princípios e valores como equidade, participação, sustentabilidade, autonomia, empoderamento, integralidade, intersetorialidade, governança^{11,28}, territorialidade, solidariedade¹¹ e humanização^{11,12}, e, assim, colaborar para a emancipação humana.

Diante do exposto, este estudo se propôs a responder ao seguinte questionamento: como se dá o trabalho dos cirurgiões-dentistas que atuam nas equipes da ESF rurais da Paraíba, na perspectiva da PSB?

Método

Realizou-se um estudo qualitativo sobre o trabalho de cirurgiões-dentistas de equipes de saúde bucal (EqSB) em áreas rurais da Paraíba, na perspectiva da PSB^{11,28}. Optou-se pela pesquisa qualitativa para melhor compreensão do trabalho em saúde bucal na ESF em áreas rurais, considerando a percepção dos sujeitos que o vivenciam e produzem nos territórios rurais²⁹.

O estudo foi desenvolvido no estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil. Esse estado possui 56.467,242 km² e população de 4.059.905 habitantes³⁰. O Índice de Desenvolvimento Humano em 2010 foi igual a 0,658³⁰. A população

coberta por equipes de saúde da família (EqSF) e por EqSB representava 94,9% (em 2020) e 89,4% (em 2021), respectivamente. Essa Unidade Federativa possui 223 municípios, os quais estão subdivididos, administrativamente, em três Macrorregiões e 16 Regiões de Saúde. Esta pesquisa teve como cenário as áreas rurais de 14 municípios localizados nas três Macrorregiões de Saúde.

Participaram do estudo cirurgiões-dentistas de EqSB rurais, há pelo menos um ano na mesma equipe. Foram excluídos os profissionais afastados por licença médica ou por qualquer outro motivo.

A inclusão dos participantes se deu na perspectiva da técnica da bola de neve³¹. Dessa forma, o recrutamento dos participantes deu-se de modo consecutivo, a partir da seleção dos primeiros convidados, os quais indicavam outros profissionais que atendessem aos critérios de elegibilidade. Na ausência dessa indicação, procedeu-se com busca ativa de outro cirurgião-dentista.

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas no período de setembro a novembro de 2022. A perspectiva de entrevista adotada foi a de uma conversa entre dois sujeitos com o objetivo de dialogar sobre algumas ideias em torno do objeto do estudo, valorizando as ideias, percepções, impressões sobre o trabalho em saúde bucal em áreas rurais, assim como de PSB²⁹.

Previamente às entrevistas, houve revisão dos aspectos potenciais de investigação, considerando a percepção e as práticas de PSB^{11,28} no processo de trabalho do cirurgião-dentista. Nessa ocasião, o roteiro elaborado foi revisado por outro pesquisador. O segundo momento visou a testar a clareza dos questionamentos pelos pesquisadores. Assim, as questões geradoras elencadas no roteiro foram analisadas por três especialistas, sendo duas pesquisadoras e profissionais que atuavam em EqSB e outra pesquisadora com experiência na temática do estudo.

Após a definição do roteiro final, seguiu-se com o treinamento, que foi realizado por meio de estratégia baseada em simulação. Técnica que envolveu a participação de cirurgiões-dentistas do SUS não incluídos nos participantes do estudo³². As simulações foram supervisionadas por um pesquisador experiente na área de pesquisa qualitativa. Esta etapa de treinamento foi importante também para se testar o roteiro das entrevistas, não sendo necessário fazer ajustes ao instrumento orientador das entrevistas.

Na perspectiva de imersão no cenário e contexto da pesquisa, é importante mencionar que a pesquisadora principal possui aproximação prévia com o objeto do estudo por ter atuado como cirurgiã-dentista em equipe de saúde bucal mista da ESF.

Realizou-se contato informal com o cirurgião-dentista, por meio de um aplicativo de mensagens (*WhatsApp*®), para agendamento das entrevistas e envio do convite formal e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os quais foram encaminhados por meio de correio eletrônico (*e-mail*). Após anuência concedida, por meio da assinatura do TCLE pelo participante, a entrevista foi realizada individualmente, de forma presencial ou virtual, de acordo com a preferência do profissional. Na modalidade virtual, utilizou-se a plataforma *Google Meet*®. Todas as entrevistas foram audiogravadas.

Após os cumprimentos iniciais, a entrevistadora explicou os objetivos do estudo e coletou as informações sociodemográficas, seguindo-se com roteiro. Ao final, agradeceu e perguntou se o participante desejava acrescentar algo. As entrevistas não tiveram tempo preestabelecido e duraram, em média, 45 minutos. Impressões adicionais sobre os sentimentos, comportamentos e colaboração dos participantes foram registradas em um diário de campo. Essa ferramenta foi importante para uma compreensão mais reflexiva dos dados²⁹.

Respeitando-se a saturação teórica, a realização das entrevistas foi interrompida quando se constatou que a inclusão de novos elementos não era mais capaz de modificar o entendimento da teorização almejada³³.

Todas as entrevistas audiogravadas foram transcritas por uma pessoa não envolvida na coleta. A validação da transcrição foi realizada pelo pesquisador responsável por ouvir o áudio e acompanhar a transcrição, fazendo ajustes quando necessário.

A análise dos dados empíricos considerou o seguinte referencial teórico: o modelo baseado nos pilares (equidade, participação e sustentabilidade) e nos valores (autonomia, empoderamento, integralidade, intersetorialidade e governança) da PSB²⁸; como também nos valores e princípios da PNPS¹¹, os quais se assemelham aos pilares e valores da PSB, sendo alguns deles comuns.

Realça-se que, embora para fins analíticos, tenham-se categorizados os ecos que mais elucidam a presença ou ausência de determinados princípios, estes

não são excludentes. Ao contrário, eles se conectam e, algumas vezes, completam. Uma mesma ação pode e deve ser orientada por mais de um princípio.

Para análise dos dados, adotou-se a Análise de Conteúdo com abordagem temática³⁴, na qual foram seguidas três etapas. Na pré-análise, realizou-se a exploração do material, por meio da leitura flutuante dos depoimentos. Na segunda etapa, realizou-se a leitura exaustiva do material, respeitando-se os princípios da exclusão mútua, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência. Nessa etapa, buscou-se ressaltar os aspectos relevantes de cada questionamento, analisando-se os pontos convergentes e divergentes entre os relatos. Além disso, foram selecionadas as unidades de análise, a partir dos recortes dos depoimentos. Na terceira e última etapa, as unidades de análise foram agrupadas em categorias e interpretadas com base na literatura. Após elencadas as categorias, realizou-se uma reunião com uma terceira pesquisadora, a fim de construir a matriz final de análise.

Com o intuito de proteger a identidade do participante e assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade das informações pessoais, os entrevistados foram codificados pela letra E (entrevistado), seguida pelo número de ordem sequencial de ocorrência das entrevistas. As narrativas foram apresentadas sem correções gramaticais.

Procedimentos éticos

Este estudo foi aprovado (sob os pareceres 4.724.462 e 5.025.305) pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Patos. Para a sua execução, foram respeitadas as diretrizes e normas propostas pelas Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Participaram deste estudo 14 cirurgiões-dentistas que compõem EqSB rural no estado da Paraíba, sendo nove do sexo feminino e cinco do sexo masculino. As idades variaram de 26 a 44 anos. Quanto ao tempo de atuação na equipe, houve variação de 1 a 14 anos.

Oito participantes tinham vínculo de servidor estatutário e seis eram profissionais contratados. Sobre atuação em outros serviços odontológicos, do total dos participantes, apenas um não complementava a renda com outro vínculo. A maioria dos entrevistados conciliava suas atividades no serviço público com as

realizadas nos serviços privados. Todos possuíam carga horária semanal de 40 horas, sendo o trabalho desenvolvido em quatro dias da semana, em alguns relatos, pois o quinto dia útil se destinava às atualizações em plataformas digitais como estratégia de educação permanente em saúde.

Os resultados foram agrupados em seis categorias: (1) Percepção de Promoção de Saúde Bucal; (2) Humanização e Solidariedade nas Ações; (3) Equidade e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal; (4) Autonomia e Empoderamento dos Usuários e Cuidadores nas Decisões em Saúde Bucal; (5) Intrasetorialidade e Intersetorialidade nas Ações de Saúde Bucal; (6) Governança e Sustentabilidade nas Ações de Saúde Bucal.

Percepção de Promoção de Saúde Bucal

As narrativas apontam para relatos imprecisos de PSB, com tendência a referi-las como atividades de prevenção aos agravos bucais. A maioria das narrativas reflete a realização de palestras com transmissão técnica de conhecimentos para a população, e não encontro educativo com a população como estratégia de translação do conhecimento, como requerido pela PS (Quadro 1).

Apesar da tendência de associar a PSB exclusivamente à prevenção, identificaram-se ecos que suplantam esse entendimento (E3, E4 e E11), os quais, mesmo se referindo aos métodos preventivos para evitar o adoecimento, agregaram, também, preceitos, como autonomia dos usuários, qualidade de vida e ações irrestritas ao campo da saúde (Quadro 1).

Humanização e Solidariedade nas Ações

Melhorar a autoestima e a qualidade de vida dos usuários, com práticas pautadas na integralidade do cuidado, foram benefícios identificados nas falas sobre reabilitação bucal (E2 e E6) (Quadro 1). O “se colocar no lugar do outro” para tentar resolver os problemas de saúde bucal destaca-se como principal valor de solidariedade. O direito básico da realização de uma tomada radiográfica, anteriormente à realização de exodontia, pode nunca ter sido ofertado a um trabalhador rural, segundo o discurso de um dos entrevistados (E1) (Quadro 1). E para além desse direito, a indicação da radiografia, previamente à realização do procedimento cirúrgico, é uma medida não apenas de protocolo, mas de segurança, tanto para o paciente, como para o profissional.

Equidade e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal

A equidade das ações foi compreendida na perspectiva da prioridade do atendimento, identificada nos grupos com maiores vulnerabilidades e nas ações direcionadas ao enfrentamento do câncer bucal. Os cirurgiões-dentistas se reportaram às palestras direcionadas e buscas ativas em grupo de fumantes e em população de agricultores sem qualquer proteção à radiação solar. As narrativas revelam iniquidades quanto à disponibilidade de unidades de apoio ou satélites (mencionadas nos depoimentos como âncoras) para comunidades rurais de mesmo município (Quadro 2).

A respeito da integralidade das ações, percebeu-se ampla desigualdade da oferta dos serviços para os diferentes territórios rurais. Se para algumas populações existe rede de apoio resolutiva na atenção secundária, representada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), para outras, inexistem qualquer pactuação que venha a garantir o mesmo direito e respeitar o mesmo princípio. Nas localidades onde não há referência para CEO, os profissionais mencionaram indicar serviços vinculados a instituições de ensino superior em municípios próximos, porém, sem nenhuma garantia de atendimento (Quadro 2).

Autonomia e Empoderamento dos Usuários e Cuidadores nas Decisões em Saúde Bucal

Compreendem-se nos discursos as ações dos profissionais dirigidas a capacitação de usuários e/ou cuidadores para a tomada de decisões conscientes sobre suas vidas e de seus dependentes, a fim de ressignificarem ou ampliarem as ações com vistas a PSB. Como consequência da efetividade dessas ações, tem-se a promoção da autonomia do sujeito como agente ativo de seu cuidado, mas não único responsável; daí, também se identificam nas vozes dos cirurgiões-dentistas o incentivo e o apoio às gestantes para a realização de pré-natal odontológico (Quadro 3).

O estímulo ao empoderamento foi percebido nas vozes dos cirurgiões-dentistas, principalmente na atenção voltada aos grupos de gestantes e fumantes/agricultores. Destaca-se que uma comunidade empoderada tem condições de fazer escolhas saudáveis e reivindica melhorias dos setores governamentais as suas responsabilidades.

Intrasetorialidade e Intersetorialidade nas Ações de Saúde Bucal

O princípio da intrasetorialidade como orientador das práticas dos cirurgiões-dentistas se materializa nos relatos que indicaram a parceria dos profissionais na discussão de casos, no planejamento das ações e na pactuação de estratégias para consecução de metas definidas no Programa Previnir Brasil. Além disso, existe o envolvimento da equipe nas campanhas e/ou atividades educativas, envolvendo linhas de cuidado, como saúde do adolescente, saúde do homem, saúde da mulher e saúde mental, com narrativas que expressam dificuldades de formação de grupos pela falta de transporte, o que acarreta desestímulo dos profissionais. O apoio de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) foi mencionado principalmente nos casos de auxílio psicológico no tratamento do bruxismo infantil. Nesse circuito colaborativo, tem-se, também, as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na identificação das famílias mais vulneráveis e na comunicação entre os profissionais e os usuários, colaborando de forma decisória para a promoção da equidade, outro princípio da PSB (Quadro 4).

Os relatos também denotam o potencial da intersetorialidade na parceria da saúde e da educação para o Programa Saúde na Escola (PSE). Apesar disso, as falas sinalizaram desigualdades nas ações do PSE quanto às atividades realizadas. A maioria dos discursos revelou atividades pontuais, sem acompanhamento, não abrangentes a todas as crianças e marcadas pela dificuldade de transporte dos profissionais. O uso do transporte escolar gratuito pelos usuários de áreas rurais mais afastadas da Unidade de Saúde da Família (USF) foi apontado como meio importante de deslocamento. Houve menção sobre o apoio de setor do desenvolvimento/assistência social, por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) (Quadro 4).

Governança e Sustentabilidade nas Ações de Saúde Bucal

Nesta categoria, as análises referiram-se ao apoio, ou falta deste, da gestão local em manutenção, infraestrutura, condições de trabalho, valorização dos profissionais e perspectivas futuras. As falas também fizeram referência a gestão do âmbito estadual e do âmbito federal (Quadro 5).

As narrativas sugerem falta de suporte da gestão para realização de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal e de insumos básicos para efetivar as práticas de PSB. Chama a atenção falta de água em algumas unidades. Um relato mencionou a inércia da gestão para resolver o problema da água de consumo, a qual, possivelmente, contém altos teores de fluoreto residual, diante da identificação dos casos de fluorose dentária. A falta de opção de outras fontes de água impede que a população faça escolhas quanto ao consumo da água (E10) (Quadro 5).

A cobrança, por parte da gestão, para um maior número de atendimentos, aliada ao quantitativo insuficiente de instrumentais e materiais disponibilizados, foi explanada em um dos discursos (E8). A falta de pontes e as dificuldades de deslocamento dos profissionais e dos usuários, nos períodos de chuva, são problemas enfrentados pelas populações de áreas rurais. Ao se reportarem sobre a desvalorização do cirurgião-dentista nas EqSB, muitos relatos apontam para o entendimento da odontologia como uma área de “segunda classe”.

A respeito da gestão estadual, as iniciativas foram percebidas apenas na rede hospitalar, no que diz respeito à traumatologia e à cirurgia bucomaxilofacial. Sobre a esfera federal, os relatos de desestímulo à PNSB são apontados como reflexo da gestão nacional vigente à época das entrevistas (Quadro 5).

Discussão

A PSB enfrenta desafios na ESF, pois ainda há forte propensão à adoção de modelo de doença centrado nas ações curativistas³⁵⁻³⁷. Se existe tensão quanto ao cuidado em saúde bucal direcionado às populações socioeconomicamente desfavorecidas, com foco nos determinantes primários das doenças e desprezo às causalidades sociais mais amplas³⁷, essas dificuldades podem ser ainda mais acentuadas quando se considera a atuação das EqSF em localidades rurais³⁸. Nesse contexto, e sabendo-se que a responsabilidade pela PSB não é uma atribuição exclusiva dos profissionais da área saúde bucal, os resultados deste estudo compreenderam a insipiência de ações de PSB, a partir dos pensamentos, sentimentos e das experiências de cirurgiões-dentistas que atuavam na ESF em áreas rurais, de diferentes municípios, considerando a amplitude geoespacial do estado da Paraíba.

Com relação à percepção de PSB, houve tendência a caracterizá-la como sinônimo de prevenção de doenças bucais. Nesse sentido, as ações de PSB foram entendidas como sendo, exclusivamente, informações direcionadas ao paciente e realização de palestras educativas orientadoras para mudanças de comportamento. A dificuldade em conceituar PS também foi atribuída a outros profissionais da saúde^{26,39,40}.

Ao se relacionar PSB como prevenção aos agravos bucais, remete-se ao modelo de práticas prescritivas, curativistas, individuais e centradas no cirurgião-dentista. Contudo, esse entendimento não foi uma unanimidade entre os relatos deste estudo. Observou-se também narrativas que abordaram a concepção ampliada na direção da autonomia e qualidade de vida como princípio e objetivo das ações. Ao citar a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a garantia de condições dignas de vida, com integração das políticas de saúde e socioeconômicas⁴¹, foi compreendida por um dos participantes. O conceito mais ampliado, entendendo a PS como um processo dinâmico, envolvendo a forma de viver e o direito de cidadania, também foi evidenciado pelo cirurgião-dentista em outro estudo⁴².

A humanização e a solidariedade foram valores que apareceram nos relatos de promoção da autoestima e da qualidade de vida. Segundo a PNPS, a humanização valoriza aptidões para promover melhores condições e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde¹¹. Considerando que as perdas dentárias são evidentes no contexto rural^{19,23}, a reabilitação como forma de devolver estética e função foi considerada, neste estudo, para além dos princípios da integralidade e da resolutividade. Além disso, a solidariedade é um valor de solicitude para com o próximo¹¹ visto nas narrativas que abrangem o se colocar no lugar do outro, a tentativa de resolver o máximo de problemas identificados e a vontade de ofertar procedimentos básicos excludentes às populações rurais.

As falas revelaram iniquidades referentes à cobertura das áreas e ao acesso pelos usuários. Em alguns municípios, o cirurgião-dentista atuava em apenas uma unidade de referência, localizada na zona rural ou na zona urbana do município, mas, nesse caso, era responsável por cobrir apenas populações rurais a ela adscritas. Em outras situações, os profissionais eram responsáveis pela cobertura de áreas muito extensas, com até nove unidades de apoio, as quais possuíam ou não equipes odontológicas instalados. Em uma das narrativas,

observou-se que, além da unidade localizada da zona rural, uma sala emprestada de uma USF situada na zona urbana era usada por toda a equipe para se conseguir atender, de forma improvisada, à demanda de algumas comunidades rurais, comprometendo o direito da privacidade no atendimento. A falta de privacidade foi mencionada, em outro estudo, como um dos obstáculos a ser superado na atenção à saúde em áreas rurais⁸.

Nas narrativas, pôde-se perceber que, quando não havia equipo odontológico nas unidades de apoio, o atendimento odontológico curativo era substituído por atividades coletivas, em sua maioria, realizadas em escolas. Essas atividades referiram-se às aplicações tópicas de flúor e às palestras educativas. Esse fato foi considerado uma problemática pelos usuários, corroborando a valorização mecanicista de procedimentos curativos no âmbito do consultório³⁷. Sobre os tipos de serviço de primeiro contato em municípios rurais e remotos, outro estudo mostrou que as unidades satélites, vinculadas às USF rurais, dão suporte para as ações das equipes, entre elas, o atendimento em saúde bucal⁹. Nessas unidades e em outros espaços comunitários, os atendimentos são espontâneos e sem acompanhamento longitudinal⁹. Há de se pensar, nas localidades rurais onde não há equipo odontológico, o trabalho feito pelas Unidades Odontológicas Móveis⁴³ e a adoção de estratégias da odontologia de mínima intervenção, como o Tratamento Restaurador Atraumático, garantiriam o acesso e ampliariam as ações⁴³.

A respeito das ações de enfrentamento do câncer bucal, as palestras direcionadas foram reportadas, com recomendações à proteção solar aos agricultores, mas sem qualquer menção de apoio da gestão à doação de protetores solares ou labiais, por exemplo. No tocante aos grupos de fumantes, observou-se, em uma das localidades, incentivo ao combate ao tabagismo, por meio de reuniões periódicas e distribuição de adesivos. Existe a preocupação pela busca ativa das lesões, com rede de apoio para biópsias, na atenção especializada ou pactuação com instituição de ensino superior. Entretanto, existem populações rurais na Paraíba sem qualquer assistência aos serviços especializados de saúde bucal. Isso é preocupante, pois nessas localidades, possivelmente, há inexistência de fluxos que orientem para o cuidado integral aos usuários com lesões suspeitas ou confirmadas.

Sobre as ações de enfrentamento ao câncer bucal, outro estudo reporta que a falta de serviços especializados, a insegurança no diagnóstico e o baixo envolvimento multiprofissional são as maiores objeções na ESF⁴⁴. Além disso, a PNSB ainda não consegue ofertar uma rede efetiva de cuidados integrais, sendo a média complexidade incapaz de absorver a demanda da ESF¹⁸, comprometendo a integralidade e a resolutividade do cuidado em saúde bucal. A falta de oferta de serviços especializados e hospitalares é uma barreira de acesso para populações rurais^{8,13}. Algumas delas podem conseguir acesso mínimo em centro urbano próximo⁸, e a dificuldade de estabelecer fluxo dentro da rede acaba isolando as EqSF rurais no cuidado à saúde¹³.

Nas ações desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas e pelas equipes, enxergaram-se práticas de autonomia e estímulo ao empoderamento destinadas, principalmente, ao grupo de gestantes e fumantes/agricultores. A respeito das gestantes, o incentivo à adesão ao tratamento odontológico deve ser compreendido sob duas vertentes: o alcance das metas do Programa Previne Brasil⁴⁵ e a sensibilização das mães na promoção de melhores condições bucais dos filhos.

Uma narrativa mostra a reivindicação da comunidade pela permanência do cirurgião-dentista no serviço, situação que denota importante expressão de empoderamento da comunidade ao reivindicar seus direitos de cidadania¹¹. Os propósitos do empoderamento social/comunitário, devem capacitar os indivíduos e coletivos para atuarem sobre seus próprios problemas, dando voz aos grupos marginalizados, a partir de sujeitos reflexivos e autônomos⁴⁶. No empoderamento das comunidades, os profissionais da saúde devem estimular os usuários considerando as condições socioeconômicas e culturais e os determinantes sociais das doenças^{5,11}.

A respeito da intrassetorialidade, existe integração dos profissionais para atenção voltada aos grupos, no envolvimento em campanhas, na discussão dos casos, nas visitas domiciliares, com importante participação do ACS na identificação dos problemas de saúde da população e na comunicação com a equipe. As reuniões da equipe são necessárias ao planejamento, organização das agendas e discussão de casos situacionais³⁵. Além disso, o ACS e as visitas domiciliares são fundamentais para promoção de vínculo com a comunidade³⁵.

A cooperação interprofissional também foi mencionada na questão da saúde mental. Neste estudo, os discursos revelaram aumento do uso de

psicotrópicos e casos de ansiedade nas áreas rurais. Seguindo esse pensamento, outro estudo indicou que o cuidado centrado em medicações para cuidar do sofrimento psíquico dos pacientes, em detrimento da escuta, acaba se naturalizando à demanda e ao fluxo nas USF⁴⁷. Além disso, os relatos desta pesquisa associaram o aumento de casos de bruxismo e de disfunção temporomandibular à ansiedade. Por isso, o envolvimento dos profissionais do CAPS e dos NASF (atualmente denomina-se eMulti) faz-se necessário para promover o cuidado ampliado por meio de estratégias como consultas compartilhadas e discussão dos casos⁴⁸.

Os relatos deste estudo mostraram que atividades com enfoque intersetorial são insipientes, ligadas ao setor da educação, como visto em outros estudos^{35,49}. Verificaram-se fragmentação das atividades, descontinuidade no planejamento e desrespeito ao princípio da universalidade, com a exclusão de crianças da mesma escola em função do turno em que estão matriculadas. Segundo Moretti et al. (2010), as ações desenvolvidas de forma isoladas em escolas, como palestras, levantamentos epidemiológicos, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, provocam efeitos positivos temporários na melhoria das condições de saúde bucal da população⁴⁹.

Os discursos sobre infraestrutura fazem menção às dificuldades enfrentadas por equipes e usuários no período chuvoso, devido à falta de estradas ou pontes. As práticas intersetoriais (nesse caso, setores saúde/obras) são desafios a serem conquistados, mas possíveis, quando amparadas e estimuladas por gestões locais cuidadosas e eficientes⁴⁹.

Os resultados deste estudo revelaram discrepâncias de apoio da gestão na manutenção, infraestrutura, condições de trabalho e valorização dos profissionais. Em duas localidades distintas, observou-se nos discursos o impacto social da fluorose dentária para as comunidades rurais. As condutas dos profissionais variaram desde o aconselhamento para o consumo de água mineral ou água de chuva filtrada à tentativa de resolver o problema junto à gestão. A conduta dos profissionais ultrapassa o papel de assistir e orientar o cidadão a boas práticas de saúde, se reveste de postura ético-política ao se engajar na luta junto a gestão pública na reivindicação do fornecimento de água potável com concentrações adequadas de fluoretos.

O consumo de água sem tratamento e a falta de água são realidades das comunidades rurais da Paraíba a serem consideradas pelo poder público local⁵⁰. Sobre a imprecisão relacionada à etiologia da fluorose dentária, é preocupante o fato de o profissional ter paralisado as aplicações de flúor para fins preventivos ou terapêuticos, com receio de aumentar a prevalência ou severidade nas crianças, principalmente quando se observa um número significativo de cárie dentária na população infantil nos territórios rurais²⁰.

Por fim, as outras fragilidades identificadas, como distâncias geográficas, dificuldades de transporte, carências socioeconômicas e pouca adesão dos usuários nas práticas ofertadas aos grupos são reflexos das singularidades da ruralidade. Mesmo com comprometimento e motivação das EqSB nas ações de PSB, outro estudo expõe a participação dos usuários, geralmente ligada ao incentivo da gestão³⁹.

Considerações Finais

Esta investigação aprofundou o conhecimento do promover saúde no trabalho de cirurgiões-dentistas que vivenciam diariamente as singularidades e os problemas das áreas rurais. Os discursos revelaram imprecisão sobre a concepção de PSB, restringindo-a como sinônimo de prevenção aos agravos bucais. Há iniquidades em termos de oferta dos serviços odontológicos na ESF, como, também, de referência para a atenção especializada. Existem dificuldades de formação de grupos, descontinuidade das ações coletivas, desestímulos dos profissionais, ações intersetoriais insipientes e apoios diferenciados das gestões locais. Essas fragilidades são acentuadas pelas singularidades da ruralidade, com destaque para as distâncias geográficas, dificuldades de transporte, pouca acessibilidade no período chuvoso, falta de água e carências socioeconômicas. Apesar dessas adversidades, identificaram-se ações ligadas à PSB nas atividades coletivas, no trabalho em equipe, na integralidade e nas práticas para promover autonomia, empoderamento, autoestima e qualidade de vida.

Espera-se que as fragilidades identificadas possam sensibilizar gestores e servir de subsídios para reorientação dos serviços públicos de saúde bucal, a fim de assegurar melhorias nas condições de trabalho, bem como na qualidade de vida das populações rurais.

Este estudo, ao contemplar a temática PS à área da saúde bucal, buscou compreender a insipiência das ações, sob a óptica dos cirurgiões-dentistas. Na

perspectiva de análises futuras voltadas à PSB, sugere-se que os ecos de gestores, usuários e outros partícipes de setores da saúde possam ser englobados na produção de novos conhecimentos.

Referências

- 1- World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
- 2- Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021; 36(6):1578-1598.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF: MS; 2013.
- 4-Durand MK, Heideman ITSB. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03451.
- 5-Abreu MHNG, Cruz AJS, Borges-Oliveira AC, et al. Perspectives on Social and Environmental Determinants of Oral Health. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(24):13429.
- 6- Bortolotto CC, Mola CLd, Tovo-Rodrigues L. Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil: a population-based study. Rev. Saúde Pública. 2018;52:4s.
- 7- Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito a saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? Saude Debate. 2018; 42 Espec No 1:302-14.
- 8- Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. Cad Saude Publica. 2021; 37(7):e00310520.
- 9- Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, et al. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 2021; 37(11):e00255020.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.
- 11-Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS: revisão da Portaria MS/ GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: MS; 2014.

- 12- Brasil. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: MS; 2004.
- 13- Oliveira AR, Sousa YG, Silva DM, et al. A atenção primária à saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020; 41:e20190328.
- 14- Franco CM, Giovanella L, Bousquat A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Ciênc. Saúde Colet.* 2023; 28(3):821-836.
- 15- Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev Saude Publica.* 2022; 56:73.
- 16- Oliveira AR, Pontes DRQ, Neto JHB, et al. O trabalho de enfermeiros na atenção primária à saúde rural na visão de gestores. *Braz. J. Dev.* 2022; 8(1): 1014-1033.
- 17- Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. *Int Dent J.* 2013; 63(5):237-43.
- 18- Costa Junior SD, Araujo PG, Frichebruder K, et al. Brazilian Oral Health Policy: metasynthesis of studies on the Oral Health Network. *Rev Saude Publica.* 2021; 17(55):105.
- 19- Santillo PM, Gusmão ES, Moura C, et al. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saude Colet.* 2014; 19(2):581-90.
- 20- Crouch E, Nelson J, Merrell MA, et al. The oral health status of America's rural children: An opportunity for policy change. *J Public Health Dent.* 2021; 81(4):251-260.
- 21- Bain LE, Adeagbo OA. There is an urgent need for a global rural health research agenda. *Pan Afr Med J.* 2022; 43:147.
- 22- Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(10):2490-502.
- 23- Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS. Oral health of elderly people living in a rural community of slave descendants in Brazil. *Cad. Saúde Colet.* 2018; 26(4):425-431.

- 24- Magalhães DL, Matos RS, Souza AO, et al. Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. *Res Soc Dev.* 2022; 11(3):e50411326906.
- 25- Oliveira AR de, Sousa YG de, Diniz IVA, et al. O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(4):970-977.
- 26- Silva NCC, Mekaro KS, Santos RIO, et al. Conhecimento e prática de promoção da saúde de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(5):e20190362.
- 27- Gardiner FW, Richardson A, Gale L, et al. Rural and remote dental care: Patient characteristics and health care provision. *Aust J Rural Health.* 2020; 28(3):292-300.
- 28- Kusma S, Moyses S, Moyses S. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad Saude Publica.* 2012; 28 (supl):9-19.
- 29- Minayo MCS, O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. Ed: Hucitec: Rio de Janeiro, 2014.
- 30- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em 26 abr 2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/>
- 31- Dusek GA, Yurova YV, Ruppel CP. Using social media and targeted snowball sampling to survey a hard-to-reach population: a case study. *Int J Doctoral Stud.* 2015; 10:279-99.
- 32- Rabelo L, Garcia V. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2015; 39:586-596.
- 33- Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2028; 52(4): 1893-1907.
- 34- Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Ed revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2016.
- 35- Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde debate.* 2018; 42(2):233-246.
- 36- Leme PAT, Bastos RA, Turano ER, et al. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. *Physis.* 2019; 29(1):1-19.

- 37- Leme PAT, Vedovello SAS, Bastos RA, et al. How Brazilian dentists work within a new community care context? A qualitative study. PLoS One. 2019; 14(5):e0216640.
- 38- Soares AN, Silva TC, Franco AAAM, et al. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. Physis. 2020; 30(3): e300332.
- 39- Mattioni FC, Brochier LSB, Leão JGF, et al. A atenção primária em saúde como cenário de práticas de promoção da saúde: revisão integrativa. Rev Contexto e Saúde. 2022; 22(45):1-16.
- 40- Serradilha AFZ, Duartel MTC, Tonete VLP. Promoção da saúde por técnicos em enfermagem, na perspectiva de enfermeiros. Rev Bras Enfermagem. 2019; 72(4): 1034-42.
- 41- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.
- 42- Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. Trab Educ Saúde. 2012; 10(2):235-255.
- 43- Brasil. Portaria nº 2.371, de 07 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 out. 2009.
- 44- Barros GIS, Casotti E, Gouvêa MV. Câncer de boca: O desafio da abordagem por dentistas. Rev enferm UFPE. 2017; 11(11):4273-81.
- 45- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 3/2022: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde. Brasília. [acesso em 26 abr 2022]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_3_2022.pdf
- 46- Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. Ciên Saude Colet. 2008; 13(Sup 2):2029-40.

- 47- Santos JCGD, Cavalcante DS, Vieira CAL, et al. Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. *Physis*. 2023; 33:e33010.
- 48- Brito GEG, Forte FDS, Freire JCG, et al. Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saude Colet*. 2022; 27(6):2495-2508.
- 49- Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciênc Saude Colet*. 2010; 15(Supl.1):1827-1834.
- 50- Cruz SS, Sousa FQ, Oliveira CJ, et al. Vulnerabilidade socioeconômica em comunidades rurais do município de Areia, Estado da Paraíba. *Sci Plena*. 2013; 9(5):1-10.

Quadro 1 – Unidades de análise das categorias “Percepção de Promoção de Saúde Bucal” e “Humanização e Solidariedade nas Ações” e depoimentos dos participantes.

Unidade	Percepção de Promoção de Saúde Bucal
Percepção de PSB	<p>...é basicamente levar a informação correta para o paciente... é prevenir ele das doenças bucais, promover através de palestras e não em ambiente clínico... (E1)</p> <p>...eu acredito que seja passar algum tipo de informações... é a gente evitar doenças. Evitar que essas pessoas sejam acometidas por cárie, por doença periodontal, por doença de boca. (E7)</p> <p>...é explicar para o paciente como fazer a higienização, que tipo de alimentação e tudo para que ele não vá desenvolver a cárie e a parte de profilaxia... (E12)</p> <p>...é promover realmente saúde com educação continuada tanto de profissional, como da população, da comunidade em si, de uma forma que a gente consiga desenvolver autonomia desses pacientes. Porque, como eu disse antes, não adianta eu estar toda semana lá, se eles não assimilam o que eu propago... eu faço o máximo para a gente salvar um dente. Então é promover educação junto com a autonomia dos próprios pacientes. (E3)</p> <p>...é promover bem-estar, promover qualidade de vida ... é uma coisa mais preventiva... evitar adoecer ou precisar dos serviços curativos... prezar pelo bem-estar pleno... É um estado meio utópico, mas enfim, promoção de saúde é fazer o bem, e fazer as pessoas se sentirem bem... (E4)</p> <p>A gente, às vezes, é muito curativista... Então assim, é trabalhar a população como um todo. Promover a saúde no sentido amplo, né? Que desde a 8ª Conferência de Saúde toda aquela mudança de conceito de saúde. E eu sou apaixonado por esta questão. Eu acho que saúde se promove de maneira ampla, não é só aquele homem físico, aquela mulher física. (E11)</p>
Unidades	Humanização e Solidariedade nas Ações
Humanização	<p>...encontrei uma outra paciente ontem que a gente realizou umas extrações... o município fornece prótese gratuita... E a paciente apareceu... com a prótese... elogiei... Aí eu perguntei para ela: “deu uma melhorada na autoestima?” Ela disse: “Com certeza”... é muito gratificante. (E2)</p> <p>...minha contribuição é cuidar... promover a saúde do paciente... Devolver a autoestima também, né principalmente. Devolver sorrisos... (E6)</p>
Solidariedade	Quando a gente vê o profissional... que tem amor pela profissão, que entenda a dor do paciente e não deixa para depois o que

	<p>pode ser resolvido hoje. A gente tem total condições de... levar um atendimento de qualidade... para aquele paciente que nunca fez um raio x, sempre tira os dentes sem raio x... (E1)</p> <p>...eu dificilmente encaminhando paciente do PSF. Até cirurgias quando é do terceiro molar que é tranquila eu faço... o que eu faço na minha clínica eu faço lá, porque... a Odontologia está em mim e não tá no lugar que eu trabalho... (E12)</p>
--	---

Quadro 2 – Unidades de análise da categoria “Equidade e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal” e depoimento dos participantes.

Unidades	Equidade e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal
Iniquidades quanto à disponibilidade de unidades de apoio	<p>...eu gostaria que tivesse realmente uma âncora, uma estrutura física em cada sítio... Eu fico achando que os pacientes do [nome do sítio] eles tem mais... benefícios, que não precisa se <i>deslocar</i>, pagar passagem... eles todos moram lá perto... não precisa acordar tão cedo para vir pegar ficha na cidade... seria legal né, que todos os sítios tivessem sua âncora... pra que não precisasse a gente ter sala emprestada..., de uma unidade de saúde na cidade. A gente tem uma sala para toda a equipe. Então a médica, ela atende na frente do dentista, do enfermeiro, de quem tiver na sala... isso é invasão de privacidade... (E7)</p> <p>...a equipe vai pra unidade âncora... a gente acompanha e vai pras escolas no caminho... a equipe saiu pra ir pra uma escola, o pessoal fica cobrando. “Ah, mas foi pra escola, não vai ter atendimento, não?”... o pessoal ainda busca muito a parte curativa em relação a parte de promoção de saúde. (E5)</p> <p>A equipe ela tem por volta de 9 a 10 âncoras. Só que cadeiras odontológicas, nós temos em seis dessas âncoras... a ideia da gestão é que em todos os sítios tenha uma cadeira odontológica... melhorou muito... Antes você tinha três cadeiras. Você já tem seis unidades com cadeira e a ideia da gestão é ampliar para todos da zona rural. (E11)</p>
Prioridade no atendimento	<p>...com ação das escolas eu percebo... que tem muita cárie... crianças... de rosto inchado, essas coisas que os pais não ligam... dou como prioridade toda criança, independente da agenda que eu esteja lotada. Dou prioridade a criança, gestante e idoso. (E12)</p>
Equidade direcionada ao enfrentamento do câncer bucal	<p>...a gente tenta sempre fazer essa promoção de saúde voltada ao uso do cigarro para evitar que eles usem... a maioria dos agricultores usar boné para fazer a colheita, protetor solar, protetor labial... (E7)</p> <p>...a gente tá tendo muito caso, câncer... Como aqui é uma região muito quente, não tem proteção... não tem um protetor. Porque poderia promover alguma coisa, para essa questão... de protetor solar, quanto protetor labial... eu pego muitos pacientes com os</p>

	<p>lábios que têm aquelas cicatrizes brancas... E ali pode se desenvolver um câncer. E eu sempre converso... “olhe! O senhor vai na farmácia, compre um <i>protetorzinho</i> labial, que é transparente... eles já têm aquela brutalidade da lida. Muitos não vão... (E10)</p> <p>Com relação ao grupo de fumantes... a cada mês, vai um dentista da equipe para desenvolver um trabalho... o município fornece os adesivos, os remédios... a tentativa de orientação pra ver se ele desmama... Se ele pára de fumar... todo fumante eu tenho uma atenção maior, quando tem o tabagismo e o álcool, com relação ao exame clínico da busca ativa do carcinoma espinocelular,.. a gente sabe que é um grupo mais de risco... quando eu vou pra palestra, no grupo de fumantes, eu organizo uma fila, levo o material pra eu fazer o exame clínico... porque o carcinoma, ele é pouco divulgado... Porque normalmente quando a gente descobre, que vai encaminhar, ele já tá muito avançado. Então assim, eu faço busca ativa das lesões, as lesões pré cancerígenas, é, uma leucoplasia, uma eritroplasia... As lesões que observam pré cancerígenas eu já fico atento... (E11)</p> <p>Já peguei pacientes que eu descobri câncer no começo e se curaram, já perdi alguns... Aparecem alguns... geralmente são fumantes que andam no sol, tem parentes que já tem câncer bucal. Então, quando aparece assim, uma lesãozinha, já dou uma <i>avaliadazinha</i>, eu.... já mando para o <i>buco</i>. O <i>buco</i> faz a biópsia. Já encaminho e noventa por cento dos casos já dá e ele já começa o tratamento logo cedo... (E12)</p> <p>...eu faço mais [palestras sobre câncer] para a parte dos homens, porque eles são os que trabalham mais em roça, lá no sol... eu tenho palestras prontas para isso... (E12)</p>
<p>Rede de apoio resolutiva</p>	<p>...há bastante valorização do CEO...é um prédio já novo... o município nem conta com tanto recurso e o coordenador dá um jeito de inserir algum tipo de prótese que não seja só total... tenta fazer algo diferente... (E4)</p> <p>... a gente tem uma rede de apoio, de referência, contrarreferência, que ajuda muito... a gente tem o CEO aqui, e tem as especialidades de periodontia, cirurgia, endodontia e Odontopediatria. (E9)</p> <p>...eu encaminho para a clínica do LINCCO [Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral], na universidade... A secretaria dá esse suporte.... Manda um carro para o paciente ser levado... E a gente tenta fazer este trabalho, inclusive com os outros dentistas do município... Quando já tem o diagnóstico positivo, o LINCCO já encaminha pra FAP [Fundação Assistencial da Paraíba]... quando é assim, a contrarreferência não vem, mas eu sei por causa do Agente de Saúde... quando ele chega em casa, eu acompanho. O médico da equipe acompanha com a gente. (E11)</p>

Fragilidades na rede de apoio	<p>Não tem referência de CEO lá... Aí a gente não consegue pactuar pra CEO... A única parte que tem assim de pactuação é a parte médica... se você encaminha pra o CEO de [município de médio porte], eles não dão resposta. É como se não tivesse vinculado. Aí, normalmente a demanda vai encaminhada, não por encaminhamento, né, porque não tem a parceria... mas é mais de informação, pra faculdades... (E5)</p> <p>...eu sempre atendo urgência. Independente de marcar... são sempre extração... não tem CEO... pra fazer um canal... ele tem que ir em João Pessoa... pra poder ir outro dia, pra poder fazer o canal... por mais que a cidade forneça o ônibus... os pacientes não querem, porque eles não sabem... se eles vão conseguir marcar... antes da pandemia... a gente encaminhava para o HU [Hospital Universitário]. Com a pandemia, perdemos esse convênio... por mais que a gente sempre fale, pra renovar... a Odontologia fica esquecida mesmo... a gente conseguiu... um favor pra encaminhar pra o COCA, em João Pessoa... Só que aí, pra agendar tem que ir lá, é toda uma dificuldade... os pacientes não vão... Nem tem convênio, nem tem pra onde encaminhar, nem tem o que fazer, nem tem como ajudar o paciente. (E14)</p>
-------------------------------	--

Quadro 3 – Unidades de análise da categoria “Autonomia e Empoderamento dos Usuários e Cuidadores nas Decisões em Saúde Bucal” e depoimentos dos participantes.

Unidades	Autonomia e Empoderamento dos Usuários e Cuidadores nas Decisões em Saúde Bucal
Incentivo e apoio às gestantes	<p>Fluorose que eu friso bastante. A paciente gestante não ingerir a água dos poços da nossa região que contém um índice altíssimo de flúor. Peço para elas, desde o primeiro, trimestre, a beber água mineral ou água de chuva filtrada porque, há mais de quatro gerações, a gente vê os pacientes com fluorose dentária... um grau altíssimo... Acho que a minha maior motivação é ver as crianças das minhas gestantes, depois de nascidas, na formação dos dentes, elas não tendo a fluorose. Porque eu estudei a minha vida todinha com colegas que tinham aquelas manchas... Então, eu via a <i>impactação</i> social na vida deles. Eles tinham vergonha de sorrir, eles tinham vergonha de falar... eu ia ficar muito realizada quando eu visse que o filho daquela gestante que eu orientei... que ele não tenha fluorose dentária. Quando ele tiver os dentes permanentes dele, que eu ver que não tem fluorose... eles não sabiam que era a água, que era porque a mãe bebia aquela água na gestação ou a criança bebia a água depois de nascida ainda na formação de dentes. (E1)</p> <p>...a gente ainda tem, no caso de algumas gestantes, uma resistência muito grande... Elas se sentem, muitas vezes,</p>

	desconfortáveis e tal. Mas a gente tem conquistado, tem conquistado a confiança delas e elas têm ido... (E9)
Capacitação de usuários e/ou cuidadores para a tomada de decisões	...teve um caso bem complicado, a paciente era agressiva... eram extrações múltiplas e eu disse que a paciente tinha que ser sedada, tinha que ser em ambiente hospitalar. Então, eu movi minha secretaria de saúde, a diretora do hospital, o cirurgião bucomaxilofacial... pedi ambulância pra ir buscar e pra ir deixar, pedi autorização pra fazer no hospital daqui, o cirurgião... disse que fazia a cirurgia e o anestesista disse que sedava a paciente... pensa que deu certo? Deu não, a família disse “eu não quero, eu não deixo”. Eu movi rios... os sete mares... e na hora a família desistiu. Então assim, é complicado. (E4)
Empoderamento da Comunidade	Quando um paciente não gosta de alguma coisa ele denuncia na rádio... Eu nunca recebi nenhuma denúncia ... eu não tenho nenhum envolvimento político, não conheço ninguém... já tentaram me tirar de lá e a própria população fez um abaixo-assinado para não me tirarem... política... queriam botar a filha de não sei quem lá e a própria população fez um abaixo-assinado, e bateu pé e disse que não queria que eu saísse...(E12)

Quadro 4 – Unidades de análise da categoria “Intrasetorialidade e Intersetorialidade nas Ações de Saúde Bucal” e depoimentos dos participantes.

Unidades	Intrasetorialidade e Intersetorialidade nas Ações de Saúde Bucal
Envolvimento dos profissionais da equipe na discussão de casos, no planejamento e nas metas do Previne Brasil	<p>É a nossa equipe discute os casos. Às vezes na viagem que é longa, e às vezes em reuniões... a gente discute e a gente vê como cada um pode contribuir... (E11)</p> <p>... a nossa equipe apesar de ser zona rural, de ser horário corrido, é, a gente tá no primeiro lugar lá nos indicadores, nas metas alcançadas e isso é um trabalho em equipe, não foi só a enfermeira, não foi só eu, foi em conjunto. (E3)</p> <p>O atendimento odontológico a gestante hoje é uma meta do Previne Brasil. Então, a enfermagem ela já se importa de colocar essas gestantes para fazer o pré-natal odontológico... (E7)</p> <p>...nós fazemos as reuniões mensais, e a gente faz o planejamento para traçar as metas. Porque, uma vez no mês, a gente faz as reuniões mensais da equipe e ali cada um expõe, né, suas necessidades, suas metas, seus planejamentos e a gente tem também aqui... o Previne Brasil, que a gente trabalha com metas ... toda a equipe tem que atingir aquela meta... A questão do pré-natal odontológico... nos últimos quadrimestres, a gente vem atingido a meta... (E9)</p>
Participação dos	...todo ano tem ações Novembro Azul, né, Setembro Amarelo.... eu tento trazer um pouco da odontologia... “ah, hoje a gente vai tratar

<p>profissionais nas campanhas e atividades envolvendo linhas de cuidado</p>	<p>saúde mental”, que a odontologia não pode entrar. Pode entrar sim. E, assim, a gente vai quebrando um pouco paradigma... de que o dentista é só o consultório. (E2)</p> <p>...um problema muito relevante na minha área... Tem muito paciente que... faz uso de psicotrópico... tem problema de saúde mental e tem muita medicação dessa natureza de uso contínuo lá... especificamente no sítio onde é a sede... tem muita gente lá que precisa... desses cuidados especiais. (E4)</p> <p>...muitos pacientes com algum transtorno ou alguma dificuldade mental, social... a gente organiza palestras, pra intensificar essa questão sobre o cuidado com a mente... (E8)</p> <p>A minha enfermeira...ela é muito caprichosa quando tem os eventos tipo o Outubro Rosa, Novembro Azul, Agosto Dourado... ela se empenha muito pra fazer as atividades coletivas... <i>Tavam</i> esperando 10, 12 gestantes, não apareceu uma... tem esse lado que desestimula a gente.... (E4)</p> <p>Porque a zona rural da gente... você precisa deslocar o pessoal pra uma associação, uma escola...você não tem o transporte... o Outubro Rosa... a população não tem o meio de ir pra unidade... tinha o grupo de tabagismo... a população não ia pela dificuldade de se locomover... isso também vai desestimulando um pouco a equipe... (E5)</p> <p>Até eu entrava nessa parte sexual também. Essa questão nos adolescentes... Essa questão de doenças também, porque eles são um pouquinho pra frente lá... Aí eu puxei pra esse lado também. (E10)</p> <p>...eu não me isento. Eu tô sempre participativo. Quando a atividade educativa não é comigo, mas é com a enfermeira ...O médico não está. É uma questão da saúde do homem. A enfermeira, mulher, fica um pouco constrangida: “você poderia?” Eu digo: “com certeza”. (E11)</p>
<p>Parceria com outros núcleos profissionais</p>	<p>...nessa pós pandemia que tem aumentado as pessoas que têm chegado com hábitos parafuncionais, que têm chegado com bruxismo, que tem chegado com DTM... Isso tudo por conta da ansiedade... tem que ter uma equipe multidisciplinar para tratar esses pacientes... A gente tem aqui o CAPS... tem psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional. Todo mundo lá que dá esse apoio. (E9)</p> <p>Nós temos o CAPS, onde a gente encaminha. Nós temos o CRAS, que quando acontece algum problema que a gente identifica de abuso infantil... quando vou fazer alguma atividade, eu solicito o apoio deles [profissionais do NASF], e eles se envolvem muito. (E11)</p>

	<p>Eu tenho uma paciente... que teve uma fratura dento-alveolar... aí eu precisei encaminhar ela para o nutricionista do NASF, porque ela vai precisar passar por uma alimentação líquida e pastosa. E aí eu preciso de outro profissional para me ajudar, se não o meu tratamento não vai ser eficiente...temos muito paciente infantil que tem casos de bruxismo, e aí eu já encaminhei para o psicólogo do NASF... (E1)</p>
<p>Apoio dos ACS</p>	<p>... a gente tem o apoio dos agentes de saúde, né? que eles fazem essa ponte para gente, né? entre os usuários e os profissionais. Então eles vão também, eles fazem essa comunicação, da gente com os usuários, né? Porque, de toda forma, eles que tão lá de porta-a-porta. Eles que conhecem os usuários. Sabem aqueles que são mais vulneráveis, né? (E9)</p> <p>...a escola é próxima.... muitas crianças com dente infeccionado, aí a gente foi identificando falando com agente de saúde... Quando a gente descobriu, era uma menina que vendia bala, biscoito recheado, tudo, na porta. A gente até teve um problema com essa menina, porque era o ganha pão dela. Mas a gente chamou a nutricionista da escola... convocou os pais para uma reunião, pra tentar combater... Acho que o cuidado é isso, você identificar as fragilidades daquela população, e tentar suprir e melhorar a saúde. Melhorar a vida da população. A gente tá ali para isso. (E11)</p>
<p>Participação no PSE</p>	<p>O PSE a gente não está fazendo... precisa ter o transporte pra ir fazer, mas não tem... a equipe geralmente vai quando o carro vai... aí faz aquela cobrança “ah vai ter o PSE nas escolas, uma equipe fazer o levantamento”... O único PSE que se faz é esse, de fazer... aplicação de flúor. Mas em alguns municípios quando a gente ia, você tinha como levar as crianças pra fazer... o acompanhamento... começar e terminar a parte clínica, não só a parte educativa. Tinha a parte educativa mas tinha que atender aquele pessoal que foi triado no levantamento epidemiológico. Nesse município não tem isso. (E5)</p> <p>E aí acaba que eu só englobo a escola da manhã, porque a da tarde o PSE não funciona. E aí a gente faz palestras... faz o índice de CPO... a gente já agenda também prioridade. Tem um dia de prioridade para as crianças da escola... Eu faço geralmente de seis em seis meses [índice] e palestra mês e mês... aí toda vez que eu volto eu tento fazer uma sala... como eu só atendo de manhã e lá funciona de manhã e de tarde, essas outras crianças da tarde acabam ficando um pouco perdidas, porque eu não estou lá e elas não tem tanto acesso a transportes pela manhã. (E12)</p> <p>Promoção de saúde bucal... eu trabalho muito com isso nas escolas, no PSE... Mesmo as [crianças] que tinham mais medo, sentaram na cadeira... eu atendi um por um... E a aplicação de flúor surte efeito, muito efeito.... Hoje, é completamente diferente o quadro. Peguei uma criança essa semana que eu me espantei com ela. Com muita cárie... mas aí, a falha foi minha, porque eu não tinha ido pela</p>

	<p>manhã, há mais de um ano... Nessa escola, eu só tinha ido à tarde... (E13)</p> <p>...alguns [usuários] vêm de transporte próprio, outros vem nos ônibus escolares, que vem todo dia e voltam, né? para deixar os alunos... e também a prefeitura oferece, assim quando precisa, oferece os carros também para pegar e deixar. (E9)</p> <p>Então, uns vão a pé, outros vão de moto, outros vão de bicicleta, outros vão nos carros da escola, chegam no carro da escola, saem no carro da escola... (E12)</p>
--	---

Quadro 5 – Unidades de análise da categoria “Governança e Sustentabilidade nas Ações de Saúde Bucal” e depoimento dos participantes.

Unidades	Governança e Sustentabilidade nas Ações de Saúde Bucal
<p>Apoio da gestão local na manutenção e condições de trabalho</p>	<p>A gente não fez o levantamento. Infelizmente, ali a gente não tem esse suporte da gestão, para os levantamentos epidemiológicos mesmos. (E11)</p> <p>As condições de trabalho são bastante eficientes, tanto no que eu dito de estrutura, manutenção também. A gestão... é totalmente preocupada com o serviço.... Por exemplo, se hoje quebra uma cadeira, o técnico já vem... A gestão não deixa faltar nada. (E1)</p> <p>a odontologia não existe... sem água... Eu acho que esse é o principal problema e que se arrasta há mais de uma gestão... vai cansando... (E3)</p> <p>Se a autoclave está quebrada, eu não vou passar álcool...no kit clínico, pra poder atender mais pessoas... por eu ser concursada, talvez a gestão não me veja com bons olhos... a gente tinha cinco espátulas de resina. Se aparecessem seis restaurações... Eu não conseguiria fazer... “não, passa o álcool e faz nessa”, não faço!... a gente só tinha três... Se tivesse mais que três extrações de dente permanente... eu batia de frente, porque eles me cobravam um atendimento a uma demanda maior. Porém, não me forneciam material necessário pra que eu conseguisse suprir essa demanda.... (E8)</p> <p>...eu já trabalhei em duas gestões.... A gestão anterior... faltava muita coisa, faltava luva, a cadeira quebrava e passava quinze dias sem funcionar... Essa gestão... se quebrou meu consultório hoje, amanhã de manhã tem alguém para arrumar... Em termos de materiais... até na pandemia mal faltava luva... (E12)</p>
<p>Apoio da gestão local na infraestrutura</p>	<p>... assim não tem ponte... as vezes, não consegue passar por conta do carro que fica atolando... aí ajeitou hoje, se por acaso a noite deu uma chuva mais forte, no outro dia já não passa também... <i>tavam</i> pleiteando fazer uma ponte... é aquela coisa que vai se travando... “não porque a obra depende do incentivo por exemplo do</p>

	<p>governo estadual”. Aí, já não vem a verba. Aí, o municipal não consegue fazer.... Reivindicam todo ano... Aí, o paliativo vem, depois da chuva faz o caminho só que no ano que vem vai acontecer o mesmo problema.... foge um pouco da parte de atenção... dos profissionais. (E5)</p> <p>Quando é na época das chuvas, tem cantos que a gente não consegue, às vezes, ir, porque tem riacho, tem esses pormenores, né, que a gente tem que enfrentar na zona rural. (E11)</p> <p>O tempo que é mais complicado para eles é o tempo de chuva, porque aí o carro não passa... eles ficam mais bloqueados nesse sentido (E12)</p>
<p>Apoio das gestões Estadual e Federal</p>	<p>...Eu participei de uma capacitação no ano passado, em que a palestrante da capacitação, ela falou... que atualmente... não só o Ministério da Saúde, né, todos os ministérios estão uma bagunça. Eu acredito que isso vai refletindo nos estados, nos municípios. Então, eu acho que isso é um reflexo da atual gestão presidencial também. (E3)</p> <p>...no Estado eu sempre achei muita negligencia... a saúde bucal é nas costas dos municípios, porque com a exceção dos <i>cirurgiões-bucomaxilofacial</i>, que essa especialidade tem na rede hospitalar do Estado, não existe saúde bucal na Paraíba a nível de Estado... porque o recurso é federal e o Programa de Saúde da Família que se vire pra resolver as demandas. (E4)</p> <p>Nós tivemos um bom período... pela primeira vez, eu acho que desde que o SUS foi criado, uma atenção para a saúde bucal, e colocando ela na importância que ela tem... eu acredito que falta sensibilidade dos gestores. Eu acho que isso em todos os níveis... Estadual para mim, praticamente inexistente o estado na odontologia. Federal, nós temos as políticas do Brasil Sorridente. Mas hoje, eu acredito que muito deixada de lado... (E11)</p> <p>Os municípios, eles estão realmente com a corda no pescoço... a questão... de você municipalizar à saúde. Eu acho ótimo.... Só que de uns tempos para cá, a gente tem tido muito regresso em questão de transferência de recursos... muitas vezes, a gente chega com uma ideia. O gestor até se dispõe a comprar a ideia, mas ele não tem da onde tirar recurso para isso. (E11)</p>
<p>Valorização dos profissionais por parte da gestão local</p>	<p>Acredito que a gestão goste do meu trabalho... eu acho que eles têm uma confiança no meu trabalho... (E1)</p> <p>...em algumas situações, a gente vê gestores tratando odontologia como segunda classe... há muita importância para a área médica, na figura do médico e se esquece muito...a importância Odontológica...(E11)</p> <p>...ela[ASB] leva o fotopolimerizador... porque nos outros dois postos não tem. Era um dos motivos que a gente pegava o carro da</p>

	<p>prefeitura. Mas a secretária proibiu, porque estava atrasando [cita o núcleo profissional], porque pra gestão... é mais importante um atendimento médico do que um odontológico. (E13)</p> <p>...ainda tem cidade que paga mais abaixo... é um dos motivos também que a gente não tem... empoderamento..., às vezes, vai e diminui a gente um pouco... nas reuniões: <i>“Olhe! Aqui é assim, se não gostou, vai pra o particular.”</i>... Só que o mercado tá tão difícil, que a gente tem que se submeter a isso.... E a gente não pode deixar o certo, mesmo que pouco, pra aventurar o incerto... E a falta de coragem nos <i>corta a asa</i>. (E13)</p>
<p>Apoio da gestão e perspectivas para os próximos 10 anos</p>	<p>Pode ser que esteja bem, mas pode ser que esteja pior... esse SBBrasil que estão fazendo... consiga dar uma reestruturada, mudança na Política Nacional de Saúde Bucal... Quando a gente não tem uma figura lá em cima, que apoie certas causas, certas bandeiras, isso reflete muito na população. (E3)</p> <p>Se continuar do jeito que está, não vai mudar muita coisa. Vai ter pessoas com cárie, pessoas arrancando os dentes... perdendo dente por nada... se a gestão e os profissionais não tiverem essa visão... da importância da prevenção... A gente vai continuar com os mesmos problemas e resolvendo os mesmos problemas. (E8)</p>

7. ARTIGO 4

O manuscrito a seguir será submetido para publicação no periódico “Ciências e Saúde Coletiva”.

Cotidiano do trabalho de cirurgiões-dentistas de equipes rurais da Estratégia Saúde da Família

Daily work of dentists from rural teams of the Family Health Strategy

Resumo

Este estudo tem como objetivo compreender o cotidiano de trabalho de cirurgiões-dentistas de equipes de saúde bucal rurais da Estratégia Saúde da Família. Quatorze profissionais de municípios da Paraíba foram entrevistados, selecionados por amostragem não probabilística do tipo bola de neve. Os dados foram analisados pela perspectiva da análise de conteúdo. Apesar dos sentimentos positivos do sentido do trabalho e do bom relacionamento com as comunidades, existem adversidades como carências socioeconômicas e emocionais, distanciamentos, barreiras geográficas, desigualdades de acesso e organização, atuação em unidades principais e satélites e percalços para conciliar atividades coletivas e individuais. O modelo biologicista de atenção e extrações dentárias são evidentes no contexto rural. Insatisfações foram atribuídas à remuneração e à infraestrutura. Medidas mais eficazes de biossegurança e paralisação das atividades coletivas são reflexos da pandemia. Existem desafios no trabalho do cirurgião-dentista nos territórios rurais da Paraíba, os quais são acentuados pelo contexto rural.

Palavras-chave: Odontólogos. Condições de Trabalho. Atenção Primária à Saúde. Saúde da População Rural.

Abstract

The daily work of dentists who are part of rural oral health teams within the Family Health Strategy is the focus of this study. Fourteen professionals from municipalities in Paraíba participated in this qualitative research, selected through non-probabilistic snowball sampling. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using content analysis methodology. The findings are presented in five categories: (1) The worker and their job: the significance and

interpersonal relationships involved in their work; (2) Socio-geographical context of rural communities: their needs and access to services; (3) Organization of oral health teams' work; (4) Labor force issues; (5) The impact of the COVID-19 pandemic on the dentists' work. Despite positive sentiments regarding the meaning of their work and their positive relationships with the communities, several challenges exist, including socioeconomic and emotional needs, geographical distances, geographic barriers, disparities in access, and organizational issues. These challenges are compounded by the operation of both main and satellite units and difficulties in balancing collective and individual activities. The rural context naturally involves the biomedical model of care and dental extractions. Dissatisfaction is primarily attributed to concerns related to remuneration and infrastructure. Furthermore, the pandemic has introduced additional challenges, leading to the implementation of more robust biosecurity measures and the suspension of collective activities. There are challenges in the work of dentists in rural territories of Paraíba.

Keywords: Dentists. Working Conditions. Primary Health Care. Rural Health.

Introdução

Há uma parcela significativa da população global que reside em áreas rurais¹. Mundialmente, 56% das pessoas residentes nessas áreas não possuem cobertura dos serviços de saúde. Além da falta de serviços, incluindo os especializados, ou do acesso limitado a estes, a escassez de profissionais^{1,2}, existem outros desafios ligados à pluralidade e à adversidade dos territórios rurais. Este contexto suscita reflexões analíticas sobre o trabalho em saúde nesses territórios.

O Brasil possui um extenso território, e 45% dos municípios apresentam baixo grau de urbanização³. Nesse sentido, barreiras geográficas, distâncias, transporte, comunicação, insumos, funcionamento dos serviços, força do trabalho, entre outros aspectos, deve ser considerados não só no cotidiano das populações rurais, mas, também, na dinâmica do trabalho em saúde. Observa-se uma forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços de saúde, suporte de insumos, equipamentos e trabalhadores em áreas rurais^{4,5,6,7,8}.

Para enfrentamento desses complexos desafios, o Brasil adotou como modelo predominante da organização da Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁹. Com base de atuação territorial, a ESF, por meio de Unidades de Saúde da Família (USF) representa o principal e único acesso das comunidades de territórios rurais aos serviços de saúde^{4,5,6,7,10}.

As equipes multiprofissionais da ESF incluem entre os profissionais da saúde, os de saúde bucal. Estes devem atuar a partir do território definido, com abordagem familiar, vínculo e acolhimento aos usuários⁹. Entretanto, ao se considerar o território rural, os desafios se distinguem em relação aos urbanos e se complexificam, o que mobiliza um fazer em saúde diferente dos territórios, a partir da criação de estratégias visando alcançar os princípios da ESF⁸.

Os desafios enfrentados por gestores e profissionais no provimento da atenção à saúde nas localidades rurais refletem no cotidiano de trabalho e estão relacionados à falta de transporte (com repercussões para visitas domiciliares e atividades coletivas); à organização do trabalho a partir da demanda espontânea; à impossibilidade de encaminhamento aos serviços especializados (de modo a fragmentar a assistência prestada); à inadequada infraestrutura das unidades principais e de apoio^{4,5,7}; e à escassez ou alta rotatividade de profissionais^{7,11,12}. Além disso, a maioria das ações é focada no adoecimento e ou na doença^{8,12}.

No tocante à saúde bucal, as populações rurais apresentam condições e indicadores bem desfavoráveis. As perdas dentárias são elevadas e preocupantes em adultos e idosos^{13,14}. Autopercepções em saúde bucal consideradas ruins/muito ruins são mais evidentes em usuários de domicílios rurais¹⁵. Menor escolaridade, baixa renda e residir a vida toda na zona rural são fatores contextuais relacionados ao impacto na qualidade de vida¹⁶ e que se constituem evidências que requerem o fortalecimento dos serviços de saúde bucal na ESF no escopo dos territórios rurais.

E, pressupondo-se que o trabalho dos cirurgiões-dentistas da ESF implica o enfrentamento das adversidades da ruralidade, este estudo objetivou compreender, a partir da percepção desses profissionais, o cotidiano de trabalho nos territórios rurais da Paraíba e suas repercussões na promoção da saúde bucal dos residentes nestes territórios.

Metodologia

Trata-se de um estudo orientado pela gênese qualitativa no campo da saúde coletiva, o qual expõe representações, crenças, valores, explicações e opiniões, a partir do ponto de vista dos atores sociais, buscando compreender o território onde a população em estudo reside¹⁷.

Este estudo foi desenvolvido na Paraíba, Nordeste do Brasil, e abrangeu as três macrorregiões de saúde. A Paraíba possui 223 municípios, em uma extensão territorial de 56.467,242 km² e população estimada, para 2021, de 4.059.905 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano, referente a 2010, foi igual a 0,658¹⁸. Em 2021, a população coberta por Equipe de Saúde Bucal (EqSB) é de 89,4%.

A seleção dos participantes ocorreu por método não probabilístico, do tipo bola de neve¹⁹. Nessa técnica de recrutamento, os participantes iniciais foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão. A partir da identificação dos primeiros participantes, solicitou-se a indicação de outros profissionais que atendessem aos critérios de elegibilidade. Na ausência dessa indicação, procedeu-se com busca ativa de outro cirurgião-dentista, a partir da constatação do seu exercício profissional na EqSB em área rural.

Como critérios de inclusão, consideraram-se os cirurgiões-dentistas atuantes, há pelo menos um ano, na mesma EqSB rural em município da Paraíba. Foram excluídos os profissionais que estivessem de licença médica ou afastados por qualquer motivo. O questionamento sobre mudanças no trabalho em decorrência da pandemia da COVID-19 não foi aplicado aos profissionais com menos de três anos de atuação.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Previamente às entrevistas, elaborou-se o roteiro contendo as questões geradoras. Inicialmente, houve revisão dos aspectos potenciais de investigação, considerando o processo e as condições de trabalho do cirurgião-dentista. Nessa ocasião, o roteiro elaborado foi revisado por outro pesquisador. Na segunda etapa, as questões geradoras elencadas no roteiro foram analisadas por especialistas, entre profissionais e pesquisadores que atuavam nos serviços de saúde bucal (ESF), com experiência na temática do estudo, a fim de se testar a clareza e a compreensão do instrumento.

Após definição do roteiro final, o treinamento para a etapa das entrevistas foi realizado por meio de simulação²⁰. Antes da realização das entrevistas, realizou-

se contato informal com o cirurgião-dentista, e, após anuência concedida, a entrevista foi agendada e realizada individualmente, de forma presencial ou virtual, de acordo com a preferência do profissional. Na modalidade virtual, utilizou-se a plataforma *Google Meet*®. O questionamento sobre mudanças no trabalho em decorrência da pandemia da COVID-19 não foi aplicado aos profissionais com menos de três anos de atuação.

As entrevistas foram realizadas entre setembro e novembro de 2022 e duraram, em média, 45 minutos. Na perspectiva de contribuir para a reflexividade, usou-se o registro do diário de campo como ferramenta adicional de impressões¹⁷. Utilizou-se o critério de saturação teórica para finalização da coleta dos dados²¹.

Todas as entrevistas foram audiogravadas. Posteriormente, o material de áudio foi transcrito por um pesquisador não relacionado a pesquisa, e a validação da transcrição foi realizada pela pesquisadora responsável, ao ler o material transcrito enquanto ouvia o áudio.

A análise dos dados empíricos considerou o seguinte referencial teórico: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)²² e Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)⁹.

Os registros foram analisados sob a perspectiva da análise de conteúdo temática²³. A sistematização dos dados ocorreu por unidades de análise iniciais e surgidas após o campo. As análises dos discursos seguiram três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise caracterizou-se pela fase de organização do material coletado, a partir da leitura flutuante das falas dos entrevistados, com o objetivo de identificar e sistematizar ideias iniciais. Na segunda etapa, realizou-se a leitura exaustiva do material. Nessa fase, os pesquisadores exploraram e se aproximaram mais dos registros, a fim de conhecê-los e analisá-los com maior profundidade, verificando os pontos convergentes e divergentes entre os relatos. Por fim, na terceira etapa, as unidades de análise foram agrupadas em categorias, sendo interpretadas à luz da literatura.

Com a finalidade de assegurar o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados, o cirurgião-dentista foi codificado pela letra “E” (entrevistado), seguida pelo número sequencial de ordem das entrevistas. Os discursos foram expressos sem correções gramaticais.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Patos (UNIFIP) (pareceres 4.724.462 e

5.025.305). Para a sua execução, foram seguidas as diretrizes e normas propostas pelas Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Considerando que análise discursiva é requerente da compreensão de quem fala e de seu lugar de fala, registra-se que os quatorze cirurgiões-dentistas que participaram deste estudo, são nove do sexo feminino e cinco do sexo masculino. As idades variaram entre 26 e 44 anos, com tempo de formação de 1 a 19 anos e de atuação na equipe de 1 a 14 anos. A maioria era casada, sem filhos, ganhava entre 3 a 4 salários mínimos, servidor público estatutário e residente no mesmo município em que trabalhava. Todos possuíam carga horária semanal de trabalho de 40 horas. Apenas um cirurgião-dentista atuava exclusivamente na ESF. Os demais conciliavam o serviço público com outro vínculo profissional.

As falas oriundas destes participantes permitiram o desenvolvimento de uma matriz analítica, a qual foi elaborada em torno das unidades de análise, sendo identificadas, ao final, cinco categorias.

O trabalhador e seu trabalho: o sentido e as relações interpessoais do trabalho

Os depoimentos revelaram sentimentos sobre a contribuição e o sentido do trabalho na vida dos participantes. “Amor pela profissão” e “humanização no atendimento” foram mencionados com frequência.

A gente tem que ter amor para cuidar. Acho que é amor pela profissão, amor pelas pessoas. É um atendimento humanizado. (E1)

Meu trabalho acho muito enriquecedor, para mim, como pessoa, porque eu acabo vivenciando várias realidades, diferentes das minhas. (E12)

Eu faço com amor, porque se fosse pensando no dinheiro, eu não fazia metade do eu faço. (E12)

Similitudes do fazer profissional foram verificadas, também, por enfermeiros da ESF em áreas rurais da Paraíba, os quais percebiam o trabalho como fonte de satisfação e valorização pessoal¹⁰.

O exposto revelou reconhecimento dos profissionais pelas comunidades rurais, para os quais, os pacientes tentam retribuir o cuidado recebido, o que reflete

o bom relacionamento entre cirurgiões-dentistas e usuários. Além disso, percebeu-se preferência dos profissionais por atuar em áreas rurais.

Eu nasci para atender em zona rural. O acolhimento é totalmente diferente, inclusive em trocas de experiência com outros colegas que atendem em unidade na cidade. O pessoal é mais acolhedor, mais respeitador. Se eu tivesse, acredito, trabalhando na UBS na cidade, eu já tinha pedido um afastamento para me dedicar mais ao consultório. (E7)

É um público, apesar de mais carente, ele é mais acolhedor... pessoal de sítio. Manda manga, macaxeira, batata... abacaxi... É o cultivo de subsistência deles, que é a maneira deles ganharem um dinheiro e ao mesmo tempo de agradar. (E13)

Apesar do bom relacionamento entre a população e os profissionais, denúncias em rádios locais e diretamente com a gestão foram mencionadas pelos cirurgiões dentistas participantes do estudo como expressões de insatisfação da população, situação que, na visão dos profissionais, em certa medida denotam desconhecimento do processo de trabalho e da organização interna deste no escopo da ESF. Nesse contexto, a influência política pode interferir na dinâmica do trabalho e nas relações interpessoais na prática odontológica.

Sempre vão aparecer pacientes que não estão satisfeitos. A gestão, ela acolhe a queixa do paciente. Na vista dele, faz aquela condenação do profissional, sem previamente consultar o profissional. (E2)

É como se no dia que você vai pra promoção de saúde, você não atendesse. Aí, muitas vezes, a cobrança do profissional é tá no gabinete. (E5)

Não se tem denúncia de médico na rádio... na secretaria.... Por exemplo, uma pessoa influente quer um atendimento, só que não marcou e ele quer naquela hora... quer um encaminhamento para prótese, só que a gente não pode dar, porque a cota do mês já acabou. Mas, aí, vai falar com o vice-prefeito. A gente é pressionado. (E13)

Espaço sociodemográfico das comunidades rurais: carências e acesso aos serviços

As carências socioeconômicas das comunidades em contexto rural foram retratadas em várias falas, como as que sinalizam insegurança alimentar das famílias e falta de recursos para aquisição de itens básicos para higienização bucal.

É uma área bastante vulnerável. Pessoas que não passam fome, mas eu sei que passam certo tipo de necessidade. Que não é todo dia, digamos, que tem carne, que tem frango, que tem uma alimentação boa. Sei que é uma carência social e econômica bem grande. (E3)

São pessoas muito humildes. Então, ou não tem escova ou é uma escova para várias crianças. Ou é aquela escova bem surradinha, que só faz machucar gengiva. Não tem o acesso ao fio dental, porque para eles é algo supérfluo. Porque têm outras prioridades. (E8)

O trabalho do cirurgião-dentista em áreas rurais requer o enfrentamento das adversidades relacionadas aos distanciamentos e às barreiras geográficas. Essas barreiras limitam o acesso das populações rurais aos serviços de saúde e o alcance dos profissionais às comunidades em territórios mais distantes^{8,10}.

Quando é época de chuva, aí tem um rio que você não consegue passar. Não passa carro. Determinados meses, assim, o posto lá fica ilhado. Então quem quiser fazer atendimento, tem que ir pra outras unidades. Assim, passar pelo rio, passar através de cordas. E vai lá até encontro da gente. A gente fica na unidade da cidade, e a população vem...(E5)

Quando tem, assim, uma extração, que eu vejo que não dá pra o paciente ir a pé... uma Senhorinha mesmo que estava com sangramento, a mais do que o normal, eu pedi para o carro da prefeitura levar ela. Ela disse que estava só, que veio caminhando. É mais ou menos uma hora de caminhada. (E13)

Bem complicado o deslocamento de alguns sítios que ficam mais distantes. Eu trabalho por agendamento. E, aí, o pessoal acaba tendo que vir duas vezes, porque vem um dia para agendar e vem um dia pra ser atendido. Tem gente que não tem meio de transporte, tem que vir a pé. Às vezes, eles tentam pegar um ônibus escolar. (E14)

Em duas situações, observou-se que, apesar de a equipe ser cadastrada como rural, a unidade principal estava localizada na zona urbana, distante da população rural a ela adscrita. Esse fato é um dos desafios da PNAB, a qual tenta garantir alto grau de descentralização e capilaridade para que os usuários sejam atendidos o mais perto possível de onde vivem⁹. Em municípios rurais remotos brasileiros, há tendência da concentração dos serviços nas sedes, o que repercute em grandes deslocamentos dos pacientes que vivem em áreas de dispersão ou rarefação populacional^{7,8}.

Essa minha unidade, ela não é na zona rural, mesmo, ela é na zona urbana. Os pacientes se deslocam da zona rural para cá. Antes, tinha um atendimento com aquele carro odontomóvel, mas esse carro, quando eu cheguei aqui, já não tinha mais. (E6)

Acho que tem em torno de uns sete sítios. A minha unidade, ela se situa na sede do município. O pessoal do sítio vem para ser atendido nessa unidade. (E9)

Sobre o acesso aos serviços especializados, os depoimentos são discrepantes. As vozes direcionam para referências aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e para fragmentação do cuidado em saúde bucal, mesmo em localidades onde há os CEO, por haver alta demanda reprimida. Para algumas populações rurais, há inexistência de qualquer rede de apoio que venha garantir a resolutividade e a integralidade das ações. Nesse sentido, outro estudo constatou que, após mais de uma década de implementação da PNSB, o Estado brasileiro não alcançou uma rede efetiva de cuidados integrais, dependente de acordos multilaterais entre diferentes agentes sociais e políticos²⁴.

A gente tem uma rede de apoio, de referência, contrarreferência, que ajuda muito. A gente tem o CEO aqui. (E9)

Como a demanda é muito alta aqui no centro de especialidade pra canal, eu já faço os acessos todos na unidade... tudo que tem ao meu dispor, para aliviar a dor do paciente, até que eles consigam atendimento especializado. (E7)

Tem como fazer o canal, mas, devido à demora, por se tratar de um município que não tem CEO, a gente é a referência de lá, que atende várias outras cidades. Acaba que tem pouquíssimas vagas. Um dente que podia muito bem ser feito o canal e ser salvo, acaba sendo extraído. (E8)

A Odontologia fica esquecida mesmo, porque aqui nem tem CEO, nem tem pra onde encaminhar. (E14)

Organização do trabalho das equipes em territórios rurais

Uma singularidade do trabalho dos cirurgiões-dentistas nos territórios rurais é a dinâmica de atuação em unidade principal e unidades de apoio/satélites, mencionadas como unidades âncoras/anexos. As narrativas revelaram diferenças acentuadas no que diz respeito ao quantitativo e à estrutura dessas unidades. Muitas delas são pouco equipadas, não havendo atendimento odontológico pela ausência de equipo instalado. Nas situações em que há equipo na unidade satélite,

o trabalho envolve o deslocamento e transporte de materiais e instrumentais da unidade principal.

Existe uma unidade, que é a unidade principal, e existem outras unidades que são anexos. Todo material que a gente utiliza pra o atendimento, a gente tem que levar. A gente anda com uma caixa, para lá e para cá, para poder fazer os atendimentos. (E8)

A gente tem a unidade principal e existem duas âncoras. Só que nas âncoras não têm consultório. (E10)

Em muitos municípios rurais brasileiros, tenta-se compensar as falhas de acesso com unidades de apoio, muitas delas sem nenhuma infraestrutura para o trabalho na ESF⁷, em consonância aos resultados identificados.

Outras narrativas complementam este desafio ao abordarem que além da infraestrutura, insumos são insuficientes para melhor desempenho da organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal.

A equipe ela tem por volta de 9 a 10 âncoras. Só que cadeiras odontológicas, nós temos em seis dessas âncoras. (E11)

Ainda tem mais dois âncoras. Quando o atendimento não é no [posto central], aí eu vou, bato o ponto no [posto central], aí eu rodo mais 10 km até chegar no outro sítio. Aí eu atendo no outro sítio pela manhã. Volto pra [posto central], e quando é à tarde eu já vou pra um outro sítio. Rodo mais uns 12 km. Mas eu tenho que bater o ponto no [posto central]. (E13)

A gente lavava o material em balde. A gente botava numa bolsa, enrolava tudinho. Hoje, tem água. Botaram uma caixa de água. Hoje, a gente tem ar-condicionado. A gente não tinha cerâmica, era no piso queimado. A gestão melhorou bastante, porém, ainda falta muita coisa. (E13)

Quanto aos recursos materiais, há narrativas de apoio da gestão na disponibilidade de materiais para procedimentos preventivos e curativos. Identificou-se melhor oferta dos materiais utilizados em ambiente ambulatorial.

Se a gente se programar direitinho e fazer uma lista de pedidos, até de fornecimento de escovas e cremes dental, a gestão cede. Se a gente pedir também panfletos já elaborados, eles cedem também. (E1)

Se você vai precisar de material pra fazer uma educação odontológica, não vem material. Então, o dentista vai ter que trabalhar com o que vem. O que é que vem, a parte curativa, é anestésico, é resina... A parte de escova, a parte de creme dental não vem. (E5)

Os discursos refletem os percalços vivenciados pelos cirurgiões-dentistas para conciliar as visitas domiciliares ou atividades educativas coletivas com as atividades curativas individuais. Percebe-se insatisfação por parte da população e até mesmo por outros integrantes da equipe quando o profissional faz atividades no território. Adicionalmente, há relatos de cirurgiões-dentistas que não contemplam as visitas domiciliares em suas agendas, diante da alta demanda de procedimentos curativos.

Segundo a PNAB e a PNSB, uma das atribuições do trabalho das equipes é o desenvolvimento de ações educativas que interfiram no processo saúde-doença da população. Além disso, a atenção domiciliar é importante estratégia para ampliação do acesso aos serviços, busca ativa de lesões bucais e estabelecimento de vínculos^{9,22}.

Se a gente tira um dia de atendimento para colocar uma promoção de saúde, eles [usuários] não vão, porque eles querem ir pra atendimento. A própria equipe em si diz: “mas a odontologia colocou um turno para a promoção de saúde”. Já acha que a promoção de saúde é a gente trabalhar menos. É uma percepção equivocada. Não é trabalhar menos, é trabalhar em prol de ter bons resultados. (E7)

Esta gestão apoia, mas às vezes a população: “Ah, não tá querendo trabalhar, era para tá aqui atendendo, não era para tá fazendo a escovação”. A gente ainda enfrenta algum preconceito da população. Alguns setores que dizem: “ele não quer trabalhar, ele quer ir para escola, tal”, como se isso não fosse trabalho. (E11)

As visitas domiciliares, vou quando o agente de saúde me convoca. Hoje, é menos, porque a gente viu que tava sendo, entre aspas, um dia perdido na unidade. O pessoal tava chegando na unidade e voltava e, às vezes, ficava até chateado. (E4)

Não faço visita domiciliar. Por quê? Eu acho a população daqui muito carente, em relação a atendimento. Então, a agenda é sempre bem lotada. E daí, se eu for fazer uma visita domiciliar, eu vou tá deixando de atender mais de 10 pessoas. Até então, ninguém nunca me solicitou a visita. (E14)

Os relatos reafirmam a predominância do modelo biologicista de atenção no cenário rural. As práticas baseadas nas extrações dentárias são evidentes no contexto das populações rurais^{13,14}. A persistência do modelo de atenção centrado no profissional, com práticas prescritivas de higienização e centradas no elemento

dentário, é visível e amplamente observada nas condutas e nos discursos de cirurgiões-dentistas²⁵.

Nesse contexto, a resolutividade das doenças bucais é pouco dependente dos procedimentos técnicos, pois, na perspectiva da promoção da saúde, sabe-se que os agravos estão, principalmente, associados aos determinantes sociais²⁵.

Os procedimentos são mais é curativo do que preventivos. A gente tenta mudar com o tempo isso. Até melhorei bastante nesses seis anos, mas ainda é o perfil dos pacientes do PSF. (E12)

Infelizmente, a gente ainda se depara com muita realidade de exodontia. Por se tratar de uma população de zona rural, com o nível de escolaridade sendo um pouco mais baixo, o pessoal tem aquela mentalidade mais cabeça dura de querer extrair, querer fazer exodontia. (E4)

Quando eu entrei, eles tinham uma cultura muito mutiladora, de que uma dorzinha, uma sensibilidade, eles já queriam remover o dente. Com a conversa, eu fui mudando essa concepção. No início, eram 10 fichas, 8 eram cirurgias. Com apenas orientações, com pequenas conversas, eu consegui ir mudando isso. (E3)

Quanto à organização do trabalho, observou-se atendimento baseado na demanda espontânea e/ou casos de urgência, como, também, demanda programada por agendamentos. Identificou-se o teleatendimento nas narrativas. O prontuário eletrônico foi mencionado em várias falas, referenciando-o às unidades centrais. Porém, há relatos de falta de computador para preenchimento do sistema nas unidades de apoio. Nesse contexto, há de se pensar nas peculiaridades da infraestrutura tecnológica ligadas à ruralidade.

Outros estudos apontaram para a dificuldade/ausência de rede de internet ou de telefonia celular em áreas rurais e remotas, com complicações para a organização na unidade de saúde e sua comunicação desta para com outros níveis de atenção^{4,5}.

Hoje, a gente atende pela demanda que vai conseguindo suprir. A gente tem a parte do atendimento do Prontuário Eletrônico. A gente agenda. Aí, esse agendamento é bom porque, antes, o pessoal ia e tinha que ser atendido. Aí, às vezes, você não tinha o retorno de marcar. Hoje em dia, se não tiver aquele atendimento, você agenda no próprio dia. (E5)

Área, geograficamente, ela é extensa, apesar da população alvo ser pequena. Tem uma estrutura boa. A gente já trabalha com o prontuário eletrônico. (E4)

Os atendimentos, quando *vai* ser passado pra o computador, quando o atendimento é [posto central], a gente faz tudo na hora. Quando o atendimento é nos outros dois sítios, a gente coloca no papel, pra depois levar pra o computador. (E13)

O uso de ferramentas tecnológicas também foi percebido para facilitar a comunicação entre cirurgiões-dentistas, agentes de saúde e usuários. As tecnologias de informação e as ações de telessaúde foram mencionadas por como cruciais para enfrentamento das distâncias em municípios rurais⁶.

A gente tem que conversar, orientar, perguntar, dar bom dia, mesmo que seja mensagens pelo WhatsApp, depois de uma extração. (E1)

Os agentes de saúde da nossa equipe, eles são muito atuantes. A gente trabalha com o agendamento, e essa porta de passagem de informação é os agentes de saúde. Então, através de WhatsApp, a gente pode desmarcar um paciente, dar alguma informação. Para uma unidade que é no sítio, que os pacientes moram longe, ter essa ferramenta é muito importante. (E2)

A respeito do trabalho em equipe, observou-se participação dos profissionais em atividades campanhista de cunho educativo envolvendo grupos específicos, visitas domiciliares e reuniões para discussão de casos. Entretanto, percebeu-se a fragmentação no processo de trabalho em equipe em alguns relatos, considerando os preceitos do trabalho colaborativo interprofissional²⁶, distanciando-se da proposta originária da ESF. Uma narrativa sinaliza a inexistência do trabalho em equipe.

As visitas domiciliares, normalmente, eu vou quando o médico vai. (E11)

Na maioria das vezes, eu faço a minha visita sozinho ou com a minha assistente. Raramente, eu vou com a médica. (E13)

Na minha equipe, já é mais complicado. Não tem muito esse trabalho em equipe, não. É como se fosse cada um por si. Não existe nem reunião mais. A reunião hoje que existe é só entre ela [enfermeira] e os agentes de saúde, aí eu também não me meto. (E10)

Um desempenho fracionado em equipe reflete na qualidade da produção de cuidado em saúde. Além disso, a equipe deve atuar na gestão de conflitos, criar mecanismos para melhorar a comunicação e promover a atenção centrada na pessoa²⁷.

Sobre o que consideram ser um trabalho em equipe, os discursos apontam para alcance de um propósito comum.

Minha auxiliar não pode fazer meu trabalho e não pode fazer o trabalho da menina da limpeza, mas todo mundo pode fazer o trabalho do outro melhorar um pouco. Quando, às vezes, meu horário está estourando, minha auxiliar fica me ajudando o máximo possível, para que eu consiga terminar com a mesma qualidade. Trabalho em equipe é isso, é você terminar o seu, entrando no do outro, sem abusar nessa entrada. Cada um tem sua função. (E12)

A gente trata o paciente como um todo. A gente tem que estar sempre alinhado para ter o mesmo objetivo. (E8)

É quando todo mundo tem o mesmo propósito. Quando um reconhece o trabalho, o valor do outro. (E3)

É cumplicidade, companheirismo, é dividir as informações e as tarefas. Cada um tem a sua competência, mas quando interliga-se essas capacidades e essas obrigações e esse comprometimento, o trabalho em equipe ele flui naturalmente. (E4)

Força do trabalho

A principal insatisfação dos cirurgiões-dentistas foi relacionada à baixa remuneração. Sobre o que consideram ser um trabalho ideal, além da questão salarial, os participantes mencionaram aquisição de bons materiais, instrumentais e infraestrutura, a fim de garantir qualidade no atendimento ofertado. A baixa remuneração salarial²⁸, desprovidos de insumos e estruturas, além de condições desfavoráveis de trabalho são considerados agravantes para atração, fixação e manutenção da força de trabalho na APS em áreas rurais ^{11,29}.

O trabalho ideal é você trabalhar para você conseguir manter as suas contas. A gente não é valorizada pelos gestores na questão financeira. (E1)

Nós termos condições dignas de trabalho com relação a instrumental, com relação a infraestrutura. (E6)

Nossas condições de trabalho são bem desfavoráveis em comparação às unidades da cidade. A gente tem uma distância do equipo para mesa de um palmo. A pia para lavar o material é nas minhas costas, a autoclave é nas minhas costas. Quando a autoclave dispara, sobe aquele cheiro de papel queimado. Despressurizou nas minhas costas. (E7)

Trabalho ideal seria um trabalho que oferecesse o que há de melhor de material, instrumental da odontologia. (E7)

O ideal seria ter tudo do bom pra repassar para os pacientes. Pra mim, isso seria a dignidade do paciente. Material bom, instrumental... (E10)

Municípios rurais remotos revelam que há insuficiência de médicos e enfermeiros para atuar no território⁸. Essas informações não dialogam com o trabalho de cirurgiões-dentistas em áreas rurais da Paraíba, os quais aceitam desafios para se manter no emprego.

Todo este custo é meu. Antigamente, o carro da prefeitura ia me pegar no posto, ia levar para os outros sítios. Só que a prefeitura disse que não estava dando mais, que estava gastando muita gasolina, que, se eu quisesse, teria que ir pra secretaria. Eu preferi comprar uma moto e fazer esse deslocamento. (E13)

O fato de a maioria dos participantes residir no mesmo município em que trabalhava, possivelmente, contribui para fixação da força de trabalho na área da saúde bucal. A origem familiar rural do profissional foi considerada, em outro estudo, fator positivo para força de trabalho¹¹.

Quanto à força de trabalho qualificada em saúde, observaram-se práticas isoladas que se aproximam mais do conceito de educação continuada do que de educação permanente, visto que a educação permanente transcende as capacitações, as quais foram mencionadas nas falas, sendo, inclusive, mais frequentes na modalidade presencial antes da pandemia.

Ressalta-se, contudo, que as capacitações são importantes para atualização de conhecimentos técnico-científicos e melhoria do desempenho, mas, não estando articuladas à estratégia de mudança no cotidiano dos serviços, não se revelam significativas e, não se caracterizam como educação permanente^{9,30}. Esta, segundo a PNAB, acontece “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”, com programação educativa para identificação de nós críticos e elaboração de estratégias para a atenção, considerando as singularidades dos locais⁹.

Aqui, a gente tem a Educação Continuada que eles estimulam a gente a fazer os cursos no site do SUS. Às vezes, eles mudam nomenclatura, carga horária do curso, você abre, o curso é o mesmo... (E4)

Bem recente essa que envolveu toda equipe. E, assim, achei que foi muito válida, porque a gente precisa se reciclar, toda equipe. (E6)

Pra não dizer que teve, teve uma palestra na semana do dentista, falando de câncer bucal. Só foi essa informação que a gente teve. (E10)

A folga da gente não pode ser chamada de folga. Tem que ser chamada de educação continuada, porque a gente tem que fazer os cursos do UNA-SUS. Isso que eles cobram. (E13)

A interferência da pandemia da COVID-19 no trabalho do cirurgião-dentista

Observaram-se, neste estudo, atendimentos restritos às urgências odontológicas, no início da pandemia da COVID-19. Quanto às mudanças no trabalho, houve paralisação das atividades coletivas e visitas domiciliares, as quais permaneciam suspensas até o final de 2022. Sabe-se que o Ministério da Saúde recomendou, no início da pandemia, a suspensão dos procedimentos eletivos, com manutenção dos atendimentos de urgências nas USF. As orientações também foram para se postergar as atividades coletivas³¹. Essas situações são preocupantes, diante da vulnerabilidade das populações que vivem em áreas rurais.

Primeiro, não queriam mudar nada. Aí, por pressão de todos os dentistas, ficou em condições de rodízio. A gente atendia as urgências, pra expor o profissional o mínimo possível, até metade de 2021. (E8)

O meu atendimento mudou totalmente. Eu lembro de ser mais ativa em relação às atividades educativas, promoção de saúde, visita domiciliar. Atualmente, eu só faço atendimento clínico. (E3)

Depois da pandemia pra cá, deu uma parada geral. A parte coletiva praticamente suspensa. Está retornando, na verdade. (E5)

Por conta dessa pandemia, diminuiu bastante, até porque foi proibido fazer as visitas domiciliares. Só numa urgência mesmo. (E10)

Em localidades remotas, o cuidado frente à COVID-19 considerou a comunicação remota. Equipes de saúde rurais foram bem-sucedidas nessas ferramentas em algumas localidades³². Entretanto, em outras, as barreiras de acesso digital foram desafios a serem superados. Apesar dessa constatação, é relevante considerar que a maioria das consultas odontológicas, eletivas ou de urgências, necessitam de intervenção direta do profissional.

A respeito dos cuidados pós-pandemia, a maioria das narrativas apontaram para a perpetuação de medidas mais eficazes de biossegurança. Exceção foi percebida em uma das falas.

A gente manter o uso dos EPIs, da máscara N95 até quando a gente se aposentar. Não tem como usar ali só uma máscara normal, sem um *faceshield*, porque, além da COVID, tem aí as outras gripes. (E1)

A gente não usa mais a *faceshield*. Não tinham boa qualidade, interferia muito na visão. Mas a gente usa capote, que a gente usava jaleco, deixava lá, até lembrar de levar pra casa e lavar. A auxiliar com mais cuidado com o álcool... sempre passando na mão, em tudo. (E7)

Continua o mesmo [EPI] de antes da pandemia. Não mudou nada. (E10)

Além disso, identificaram-se adoção de outras medidas de controle de infecções, como bochechos de clorexidina, previamente aos procedimentos curativos, e maior intervalo entre os atendimentos.

O pós-COVID deixou pra gente que um simples bochecho antes do procedimento odontológico vai diminuir e muito o risco de uma de uma infecção secundária. (E4)

Reduziu a quantidade de pacientes e aumentou intervalo entre um paciente e outro, para a gente fazer uma *assepsia* melhor da sala. (E8)

As falas indicaram, também, aumento do sofrimento mental advindo ou potencializado pela pandemia.

Na minha área, o índice de pacientes com problemas mentais é tão relevante. Gente que ficou muito espantado, ficou com medo... Eu percebi que o pessoal adoeceu. Se não *do* COVID, da cabeça. Gente perdeu parente, gente ficou com medo, ficou com fobia, hipocondríaco... O pessoal que usava esse tipo de medicação já era bastante. (E4)

A gente tem percebido que pós-COVID gerou muita ansiedade nas pessoas. E a gente vê muitas pessoas com hábito parafuncional. (E9)

Quanto aos sentimentos dos profissionais frente à pandemia, os discursos variaram entre ausência e presença de medo de contaminação e de transmissão aos familiares. Maior sensibilização e maior valorização da vida foram referidas diante das perdas de pacientes e colegas. Os principais desafios enfrentados por cirurgiões-dentistas na América Latina foram relacionados à redução do número de atendimentos, à aquisição de novos equipamentos de proteção individual, sendo

os sentimentos mais negativos (incerteza, medo, preocupação, ansiedade e estresse) associados àqueles que relataram maior medo de contrair a COVID-19³³.

Tomei os cuidados que eu poderia tomar, tomei as vacinas quando *chegou*, mas eu tentei levar a vida com maior naturalidade. (E4)

Eles queriam aqui que a gente atendesse de todo o jeito. Se alguém tivesse com dor, eu tentava resolver. Mas com medo. Medo entre aspas. O meu medo era trazer a COVID para meus filhos. Vários colegas nosso *morreu*. (E10)

A população ficou com medo, não ia. Nós também estávamos com medo. Houve uma regressão dos trabalhos. (E11)

O paciente tá resfriado. Hoje em dia, ele desmarca. Então, ele se preocupa em não adoecer o outro. Eu acho que as pessoas ficaram mais conscientes. (E12)

Depois da pandemia, a gente ficou muito mais sensibilizado com o outro. A gente passa a ver o quanto é importante nossa saúde, e a gente tem que dar valor a isso, né, que perdemos muitos amigos, pacientes, na verdade. (E6)

Por fim, reconhece-se a limitação do estudo de natureza qualitativa, que impossibilita a generalização dos dados, considera os vieses de informação e a subjetividade decorrente da interpretação do pesquisador. Adicionalmente, outra limitação reflete o momento pandêmico, que modificou o modo de viver e trabalhar nos territórios. Por outro lado, este estudo fortaleceu-se na abrangência de profissionais de todas as macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, e na utilização de roteiro discutido com experts e entrevistas feitas por uma única pesquisadora treinada.

Considerações Finais

Existem desafios no cotidiano de trabalho do cirurgião-dentista da ESF nos territórios rurais da Paraíba. Existe bom relacionamento entre a população e os profissionais, apesar de narrativas demonstrarem circunstanciais descontentamentos. Questões socioeconômicas e emocionais da população ruralista foram apontadas como desafiadoras para o processo de trabalho dos cirurgiões dentistas.

Percebe-se sentimentos positivos quanto ao sentido do trabalho na vida dos participantes. Entretanto, o trabalho do cirurgião-dentista em áreas rurais

requer, além de remodelagem frente aos desafios referidos, de estratégias de enfrentamento das adversidades relacionadas aos distanciamentos e às barreiras geográficas.

Os discursos sinalizaram desigualdades quanto ao acesso, à organização e à possibilidade de referência para a atenção especializada. Outras singularidades foram relacionadas à dinâmica de atuação em unidades principais e de apoio e aos percalços para conciliar atividades coletivas e individuais. O modelo biologicista de atenção ainda é predominante no contexto e cultura ruralista, traduzindo-se em práticas baseadas nas extrações dentárias.

Insatisfações profissionais foram atribuídas à remuneração e à infraestrutura. Quanto às influências da COVID-19, além da adoção de medidas mais eficazes de biossegurança, houve paralisação de atividades coletivas. Mostrou a reorganização do processo de trabalho em função da emergência sanitária o que evidenciou a importância do Sistema Único de Saúde e o trabalho da EqSB. Os participantes relataram sentimentos e sofrimento mental diante da COVID-19.

Referências

1. Bain LE, Adeagbo OA. There is an urgent need for a global rural health research agenda. *Pan Afr Med J* 2022; 43:147.
2. The lancet [editorial]. Rural health inequities: data and decisions. v .385, p.1803 [acessado 2023 maio 09]. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2960910-2>
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro, 2017 [acessado 2023 ago 09]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>
4. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate* 2018; 42(spe1):302-314.
5. Almeida PF, Santos AMD, Cabral LMDS, Fausto MCR. Context and organization of primary health care in remote rural communities in Northern Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(11):e00255020.

6. Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, Lima JG, Seidl H, Sousa ABL, Giovanella L. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev Saude Publica* 2022; 56:73.
7. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, Santos AM, Seidl H, Mendonça MHM, Cabral LMS, Giovanella L. Primary Health Care in remote rural municipalities: context, organization, and access to integral care in the Brazilian National Health System. *Saúde Soc* 2023; 32(1):e220382.
8. Franco CM, Giovanella L, Bousquat A. Doctors' Work in Primary Health Care in remote rural municipalities: where is the territory? *Cien Saude Colet* 2023; 28(3):821-836.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012. 110p.Série E. Legislação em Saúde [acessado 2022 out 06]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
10. Oliveira AR, Sousa YG, Silva DM, Alves JP, Diniz ÍVA, Medeiros SM, Martinianof CS, Alves M. Primary Health Care in the rural context: the nurses' view. *Rev Gaúcha Enferm* 2020; 41:e20190328.
11. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis* 2017; 27(1):147-72.
12. Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, Machado MFAS, Dias AP, Menezes FWP, Pessoa VM. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde Debate* 2019; 43(spe8):36-49.
13. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS. Saúde oral de idosos vivendo em comunidade de descendentes de escravos no Brasil. *Cad Saúde Coletiva* 2018; 26(4):425-431.
14. Souza VGL, Herkrath FJ, Garnelo L, Gomes AC, Lemos UM, Parente RCP, Herkrath APC. Contextual and individual factors associated with self-reported tooth loss among adults and elderly residents in rural riverside areas: A cross-sectional household-based survey. *PloS One* 2022; 17(11):e0277845.
15. Galvão MHR, Medeiros AA, Roncalli AG. Using Andersen's behavioral model to examine individual and contextual factors associated with dental service utilization in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2023; 51(5):746-754.

16. Bortolotto CC, Mola CL, Tovo-Rodrigues L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Saude Publica* 2018; 52(supl 1):4s.
17. Bosi MLM, Gastaldi D. *Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teóricos- metodológicos*. Ed. Vozes. Petrópolis; 2021.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estado*. [acessado 2023 jun 02]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/>
19. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* 2014; 22(44):203-220.
20. Rabelo L, Garcia VL. Role-play para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais. *Rev Bras Educ Med* 2015; 39(4):586–96.
21. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, Burroughs H, Jinks C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* 2018; 52(4):1893-1907.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS, 2004 [acessado 2022 out 06]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm
23. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Ed. 70. São Paulo; 2016.
24. Costa Junior, Araujo PG, Frichembruder K, Hugo FN. Política Nacional de Saúde Bucal: metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal. *Rev Saude Publica* 2021; 55:105.
25. Leme PAT, Bastos RA, Turato ER, Meneghim MC. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. *Physis* 2019; 29(1):e290111.
26. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde* 2020; 18:e0024678, 2020.
27. Araújo AC, Vieira LJES, Ferreira Júnior AR, Pinto AGA, Freitas KM, Ribeiro CL. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Esc Anna Nery* 2023; 27:e20220330.

28. Beserra L, Hennington ÉA, Pignatti MG. Condições de trabalho e saúde de trabalhadoras rurais: uma revisão integrativa. *Saúde Debate* 2023; 47(137):298-315.
29. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saúde Pública* 2021; 37(7):e00310520.
30. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate* 2019; 43(120):223-239.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 16/2020 CGSB/DESF/SAPS/MS. COVID-19 e atendimento odontológico no SUS. 2020 [acessado 2023 abr 29]. Disponível em: <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/295c9c14409db20cb63c862bb07ce0e4.pdf>
32. Floss M, Franco CM, Malvezzi C, Silva KV, Costa BR, Silva VXL, Werreria NS, Duarte DR. The COVID-19 pandemic in rural and remote areas: the view of family and community physicians on primary healthcare. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(7):e00108920.
33. Moraes RR, Cuevas-Suárez CE, Escalante-Otárola WG, Fernández MR, Dávila-Sánchez A, Grau-Grullon P, Fernández E, López TM, Grazioli G, Arana LA, Rondón LF, Torrez WB, Lima GS, Schuch HS, Correa MB, Demarco FF. A multi-country survey on the impact of COVID-19 on dental practice and dentists' feelings in Latin America. *BMC Health Serv Res* 2022; 22(1):393.

8. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O arcabouço teórico utilizado para fundamentar esta obra permitiu a compreensão do principal objetivo da promoção da saúde: promover bem-estar e qualidade de vida, por meio da redução das vulnerabilidades e riscos ligados à saúde, como também, por meio da melhoria das condições e estilos de vida. Nesse entendimento, as bases conceituais da promoção da saúde apontaram para as limitações da atuação isolada da área da saúde, diante da dimensão do “promover saúde”. Nessa perspectiva, ações mais abrangentes, transcendentais ao campo da saúde e atribuídas às competências de outros setores, como o social e o político, seriam imprescindíveis para conquista dos propósitos da promoção da saúde.

Apesar desse amplo entendimento, esta tese direcionou-se às especificidades da promoção da saúde no campo da saúde bucal, por considerar lacunas na produção científica. Além disso, vislumbrou-se a necessidade de aprofundar o conhecimento das práticas de promoção de saúde bucal, na Estratégia Saúde da Família, para além das ações eminentemente dentárias. E a partir de três diferentes planos de análise, centrados na compreensão da promoção da saúde bucal, originaram-se quatro artigos.

Dessa forma, as análises partiram de um plano maior, considerando-se a abrangência nacional do Brasil, para um plano menor, correspondente às áreas rurais de uma unidade federativa, em específico, do estado da Paraíba. E se por um lado, as análises foram se restringindo, do primeiro ao terceiro plano, no que diz respeito à dimensão socioespacial, por outro, os dados foram aprofundados pelo embasamento teórico e metodológico da abordagem qualitativa direcionada à promoção da saúde bucal no contexto rural. Esta última abordagem, por sua vez, permitiu ainda a compreensão do cotidiano de trabalho de cirurgiões-dentistas que atuavam nos territórios rurais.

Partindo-se do conhecimento prévio de que os diferentes contextos sociais e econômicos dos municípios brasileiros influenciam alguns desfechos em saúde bucal, o artigo 1 investigou a influência dos fatores sociodemográficos municipais e de cobertura da ESF com os procedimentos de promoção de saúde bucal. Ressalta-se que, o método do estudo, com a utilização de dados secundários de acesso restrito e de domínio público, envolveu nas análises os procedimentos

classificados pelo Ministério da Saúde do Brasil no grupo “ações de promoção e prevenção em saúde”. Originalmente, foram envolvidas covariáveis sociodemográficas não contempladas em estudos anteriores.

Os resultados revelaram iniquidades de práticas de PSB entre os municípios brasileiros. Os dados sugerem que as fragilidades identificadas representam desafios para garantia dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal. Assim, as melhorias devem estar relacionadas não só à ampliação da oferta dos serviços públicos de saúde bucal, mas também, aos indicadores sociodemográficos dos municípios, brasileiros. Espera-se que as práticas de PSB, entre as quais estão as práticas de prevenção em saúde bucal, possam ser mais fortalecidas onde as vulnerabilidades sociodemográficas são mais acentuadas.

Diante da necessidade de se ampliar a investigação das práticas de PSB nos territórios, sob a óptica da avaliação dos serviços prestados às comunidades, estruturou-se o segundo plano de análise desta tese (artigo 2). Nessa perspectiva, fez-se um recorte definindo o estado da Paraíba como território de análise, em função dos desfavoráveis indicadores sociodemográficos e epidemiológicos frente às condições bucais das populações de todas as idades. E a partir do emprego de um instrumento validado, o qual contempla os pilares e os valores da promoção de saúde, direcionado aos cirurgiões-dentistas que atuavam nas equipes de saúde bucal da ESF, identificou-se maior o potencial para promoção da saúde bucal entre os profissionais das equipes que atuam em territórios urbanos e rurais, e entre aqueles com vínculo empregatício regido por contrato temporário.

As análises centradas na identificação dos fatores que influenciam a maior efetividade das ações de promoção da saúde bucal são importantes para a gestão do SUS. Por isso, espera-se que o artigo 2 possa contribuir para mobilização dos atores envolvidos direto e indiretamente, ou seja, cirurgiões-dentistas e gestores para melhor efetivação da promoção da saúde na área da saúde bucal.

O terceiro plano de análise, orientado pelos pressupostos teóricos e conceituais da abordagem qualitativa, produziu o conhecimento mais aprofundado das ações de promoção da saúde bucal, partir das vozes de 14 cirurgiões-dentistas, num segundo recorte direcionado às áreas rurais do estado da Paraíba (artigo 3). As análises e interpretações do artigo 3 foram ancoradas no mesmo referencial teórico do artigo 2, no modelo baseado nos pilares e nos valores a promoção da saúde; como também, nos valores e princípios da Política Nacional de Promoção

da Saúde, estabelecendo-se, assim, relação central e comum entre os dois artigos. O artigo 3 revelou que há potencialidades e fragilidades relacionadas às ações de PSB em territórios rurais paraibanos. As fragilidades são acentuadas pelas singularidades do contexto rural.

Por fim, o desdobramento do terceiro plano de análise, permitiu também a compreensão do cotidiano de trabalho dos cirurgiões-dentistas em áreas rurais das diferentes macrorregiões de saúde da Paraíba (artigo 4). As análises e interpretações do artigo 4 considerou o referencial teórico das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e da Política Nacional da Atenção Básica. Os desafios diários enfrentados pelos profissionais para trabalharem em áreas rurais são condicionados pelas singularidades desses territórios.

Apesar da compreensão de que o momento pandêmico modificou o modo de viver e trabalhar, espera-se que os resultados e interpretações dos artigos 3 e 4, obtidos por meio dos saberes, fazeres e afetos dos cirurgiões-dentistas que trabalham no SUS, sirvam de suporte para o fortalecimento do sistema de saúde e da promoção da saúde bucal e para o entendimento do significado do trabalho em situações adversas.

9. CONCLUSÃO

Com relação ao Plano de Análise 1, conclui-se que as condições sociodemográficas municipais (desigualdade de renda, analfabetismo, porte populacional, vulnerabilidade à pobreza, IDH e renda per capita) e a cobertura de EqSB na ESF influenciam na realização de procedimentos de PSB no Brasil. Os resultados revelaram iniquidades de práticas de PSB entre os municípios brasileiros. Os dados sugerem que as fragilidades identificadas representam desafios para garantia dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal.

Num olhar direcionado ao estado da Paraíba, o Plano de Análise 2 concluiu que a maior efetividade das estratégias de PSB pode ser influenciada por cirurgiões-dentistas que atuam em áreas de abrangência urbanas e rurais e com vínculo empregatício do tipo contrato temporário. Análises centradas na avaliação de práticas de PSB são importantes para a gestão da saúde bucal.

Na compreensão dos territórios rurais paraibanos, o Plano de Análise 3 concluiu que as singularidades dessas localidades repercutem em desafios para as práticas de PSB e para o cotidiano de trabalho dos cirurgiões-dentistas. No que diz respeito à promoção da saúde no trabalho de cirurgiões-dentistas há iniquidades em termos de oferta dos serviços odontológicos na ESF, como, também, de referência para a atenção especializada. Existem dificuldades de formação de grupos, descontinuidade das ações coletivas, desestímulos dos profissionais, ações intersetoriais insipientes e apoios diferenciados das gestões locais. Apesar dessas adversidades, identificaram-se ações ligadas à PSB nas atividades coletivas, no trabalho em equipe, na integralidade e nas práticas para promover autonomia, empoderamento, autoestima e qualidade de vida. Espera-se que as fragilidades identificadas possam sensibilizar gestores e servir de subsídios para reorientação dos serviços públicos de saúde bucal, a fim de assegurar melhorias nas condições de trabalho, bem como na qualidade de vida das populações rurais.

Quanto ao cotidiano de trabalho do cirurgião-dentista da ESF nos territórios rurais da Paraíba, conclui-se que existe bom relacionamento entre a população e os profissionais, apesar de narrativas demonstrarem circunstanciais descontentamentos. Perceberam-se sentimentos positivos quanto ao sentido do trabalho na vida dos participantes. As carências socioeconômicas e emocionais da população, os distanciamentos, as barreiras geográficas, as desigualdades quanto

ao acesso e organização, as dificuldades de referência para a atenção especializada, a dinâmica de atuação em unidades principais e de apoio, os percalços para conciliar atividades coletivas e individuais e o modelo biologicista de atenção foram apontadas como fatores desafiadores. Insatisfações profissionais foram atribuídas à remuneração e à infraestrutura. Quanto às influências da COVID-19, além da adoção de medidas mais eficazes de biossegurança, houve paralisação de atividades coletivas, sentimentos de medo e angústia e relatos de sofrimento mental.

REFERÊNCIAS*

- Abreu MHNG, Cruz AJS, Borges-Oliveira AC, Martins RC, Mattos FF. Perspectives on Social and Environmental Determinants of Oral Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(24): 13429. doi: 10.3390/ijerph182413429.
- Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, Fausto MCR. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021; 37(11): e00255020. doi: 10.1590/0102-311X00255020.
- Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(6): e00213816. doi: 10.1590/0102-311X00213816.
- AtlasBR. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Portal Eletrônico [Internet]. [acesso 2023 Out 12]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br>
- Beserra L, Hennington ÉA, Pignatti MG. Condições de trabalho e saúde de trabalhadoras rurais: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2023; 47(137): 298-315. doi: 10.1590/0103-1104202313721.
- Bilibio ECF, Silva LD, Navarro TTD, Silva VC. Saneamento básico um direito fundamental da população. *Percurso*. 2021; 2(39): 243-51. doi: 10.21902/RevPercurso.2316-7521.v2i40.5467.
- Bortolotto CC, Mola, CL, Tovo-Rodrigues L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2018; 52(supl 1): 4s. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000261.
- Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, Lima JG, Seidl H, Sousa ABL, *et al*. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2022; 56:73. doi: 10.11606/s1518-8787.2022056003914.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. [acesso 2023 Jun 04]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracoesecarta_portugues.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. As cartas de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 56p. Série B. Textos Básicos em Saúde. [acesso 2023 Jun 04]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acesso 2021 Mar 13]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União 2006; 2006 mar 31. Seção 1, p. 138.

Brasil. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007; 2007 dez 06. Seção 1, p.2.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p. Série E. Legislação em Saúde. [acesso 2022 Out 6]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde,

2013. 48 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. [acesso 2023 Jul 4]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União 2014a; 2014 nov 11. Seção 1, p. 68.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União 2014b; 2014 out 24. Seção 1, p.42.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 36 p. [acesso 2021 Nov 15]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Cadernos temáticos do PSE – Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 16p. [acesso 2021 Nov 15]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_bucal.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 2017 set 22. Seção 1, p. 67-76.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da

Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p. [acesso 2023 Mai 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura da Atenção Básica [Internet]. 2020 [acesso 2023 Out 13]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura da Atenção Básica [Internet]. 2021a [acesso 2023 Out 13]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. 60 p. [acesso 2022 Fev 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf.

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) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Diário Oficial da União 2023; 2023 maio 09. Seção 1, p. 1.

Buss PM, Hartz ZMDA, Pinto L F, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Cienc Saude Colet. 2020; 25(12): 4723-4735. doi: 10.1590/1413-812320202512.15902020.

Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha QVMS, *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019; 394(10195): 345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7.

Cavalcanti RP, Silva RO, Martelli PJJ, Lorena Sobrinho JE, Pucca Júnior GA, Gaspar GS, *et al.* Factors associated with the waiting time for access to specialized oral healthcare services in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2022; 50(1): 58-66. doi: 10.1111/cdoe.12720.

Cazal C, Valença AMG, Almeida FCS de, Gabriel M, Ramalho AKB de M, Padilha WWN. Dificuldades e desafios da integralidade no cuidado ao câncer bucal na Paraíba/ Brasil. *RGC*. 2022; 16(3): 1140-56. doi: 10.55908/RGCV16N3-008

Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(6): 1791–803. doi: 10.1590/1413-81232017226.18782015.

Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate*. 2018; 42(esp.2): 76-91. doi: 10.1590/0103-11042018S206.

Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, Machado MFAS, Dias AP, Menezes FWP, *et al.* Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde debate*. 2019; 43(esp. 8): 36-49. doi: 10.1590/0103-11042019S803.

Costa Júnior SD, Araujo PG, Frichembruder K, Hugo FN. Política Nacional de Saúde Bucal: metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal. *Rev Saúde Pública*. 2021; 55:105. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003454.

Cruz SS, Sousa FQ, Oliveira CJ, Alves CAB, Souto JS, Nunes EN. Vulnerabilidade socioeconômica em comunidades rurais do município de Areia, Estado da Paraíba. *Sci Plena*. 2013; 9(5): 1-10.

de Albuquerque LS, de Queiroz RG, Abanto J, Strazzeri Bönecker MJ, Soares Forte FD, Sampaio FC. Dental Caries, Tooth Loss and Quality of Life of Individuals Exposed to Social Risk Factors in Northeast Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(17): 6661. doi: 10.3390/ijerph20176661

de Souza VGL, Herkrath FJ, Garnelo L, Gomes AC, Lemos UM, Parente RCP, *et al.* Contextual and individual factors associated with self-reported tooth loss among adults and elderly residents in rural riverside areas: A cross-sectional household-based survey. *PloS one*. 2022; 17(11): e0277845. doi: 10.1371/journal.pone.0277845.

Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2020; 25(11): 4521-4530. doi: 10.1590/1413-812320202511.30662018.

Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, Santos AM, Seidl H, *et al.* Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*. 2023; 32(1): e220382pt. doi: 10.1590/S0104-12902023220382pt.

Ferreira LS, Moreira LR, Paludo SS, Meucci RD. Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2020; 54: 149. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002316.

Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(6): 1869–78. doi: 10.1590/1413-81232015206.13272014

Franco CM, Lima JG, Giovanella, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saúde Pública*. 2021; 37(7): e00310520. doi: 10.1590/0102-311X00310520.

Franco CM, Giovanella L, Bousquat A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Cienc Saude Colet.* 2023; 28(3): 821-36. doi: 10.1590/1413-81232023283.12992022.

Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG, Cavalcanti YW. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. *Epidemiol Serv Saúde.* 2021; 30(3): e2020444. doi: 10.1590/S1679-49742021000300016.

Freitas CHS de M, Lemos GA, Pessoa TRRF, Araujo MF de, Forte FDS. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. *Saúde debate.* 2016; 40(108): 131–43. doi: 10.1590/0103-1104-20161080011

Galvão MHR, Roncalli AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health.* 2021; 21(1): 541. doi: 10.1186/s12889-021-10586-2.

Galvão MHR, Medeiros AA, Roncalli AG. Contextual and individual factors associated with public dental services utilization in Brazil: A multilevel analysis. *PLoS One.* 2021; 16(7): e0254310. doi: 10.1371/journal.pone.0254310.

Galvão MHR, Medeiros AA, Roncalli AG. Using Andersen's behavioural model to examine individual and contextual factors associated with dental service utilization in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022; PMID:35488515. doi: 10.1111/cdoe.12753.

Galvão MHR, Souza ACO de, Morais HG de F, Roncalli AG. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2022; 27(6):2437–48. doi: 10.1590/1413-81232022276.17352021.

Gonçalves PDS, Ferreira SC, Rossi TRA. Uma análise do processo de trabalho dos profissionais da saúde e educação no PSE. *Saúde debate*. 2022; 46(spe3): 87–102. doi: 10.1590/0103-11042022E306.

Hirschmann R, Bortolotto CC, Martins-Silva T, Machado AKF, Xavier MO, Fernandes MP, *et al*. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em população rural de um município no sul do Brasil. *Rev bras epidemiol*. 2020; 23: e200066. doi: 10.1590/1980-549720200066.

Lalonde, M. A new perceptive on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare; 1981. [acesso 2023 jun 13]. Disponível em: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

Lattanzi AP, Marques APF, Silveira FM, Valente MIB, Antunes LA, Cortellazzi KL, *et al*. The influence of the Brazilian school health program on the oral-health-related quality of life of adolescents. *Braz oral res*. 2020; 34: e070. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0070.

Leme PAT, Bastos RA, Turano ER, Meneghim MC. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. *Physis*. 2019a; 29(1): e290111. doi: 10.1590/S0103-73312019290111.

Leme PAT, Vedovello SAS, Bastos RA, Turato ER, Botazzo C, Meneghim MC. How Brazilian dentists work within a new community care context? A qualitative study. *PLoS One*. 2019b; 14(5): e0216640. doi: 10.1371/journal.pone.0216640

Lenz TC, Costa MC, Colomé ICS, Andrade A, Souza NS, Arboit, J. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: perspectivas das pessoas com deficiência no contexto rural. *Rev Enferm UFSM*. 2021; 11: 1-21. doi: 10.5902/2179769244155.

Lima ÂRA, Dias NS, Lopes LB, Heck RM. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? *Saúde debate*. 2019; 43(122): 755-64. doi: 10.1590/0103-1104201912208.

Lopes MDSV, Saraiva KRDO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2010; 19(3): 461-468. doi: 10.1590/S0104-07072010000300007.

Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2018; 42(118): 773–89. doi: 10.1590/0103-1104201811819.

Lucena EHG de, Lucena CDRX de, Alemán JA de S, Pucca Júnior GA, Pereira AC, Cavalcanti YW. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. *Rev Saúde Pública*. 2020; 54:99. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002075.

Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018; 42(spe1): 18–37. doi: 10.1590/0103-11042018S102.

Magalhães DL, Matos RS, Souza AO, Neves RF, Costa MMB, Rodrigues AA, *et al*. Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. *Res., Soc. Dev.* 2022; 11(3): e50411326906. doi: 10.33448/rsd-v11i3.26906.

Massoni AC de LT, Porto É, Ferreira LRBO, Gomes M da NC, Granville-Garcia AF, D'Avila S. Dor de dentes e fatores associados entre adolescentes de um município de grande porte populacional no Nordeste brasileiro. *Cienc Saude Colet*. 2020a; 25(2): 673–82. doi: 10.1590/1413-81232020252.32222017

Massoni AC de LT, Porto É, Ferreira LRBO, Silva HP, Gomes M da NC, Perazzo MF, *et al*. Access to oral healthcare services of adolescents of a large-size municipality in northeastern Brazil. *Braz Oral Res*. 2020b; 34:e029. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0029

Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(2): 373-382. doi: 10.1590/1413-81232014192.21652012.

Miclos PV, Calvo MC, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. *Rev Saúde Publica*. 2017; 51(86):01-10. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051006831

Morais HGF, Barros JM, Silva WR, Santos AA, Galvão MHR. Saúde bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2020; 44(1): 181-95. doi: 10.22278/2318-2660.2020.v44.n1.a3177

Moreira RS, Mauricio HA, Jordão LMR, Freire MCM. Implementação do Programa Saúde na Escola: relação com aspectos da saúde bucal dos estudantes. *Saúde debate*. 2022; 46(spe3): 166–78. doi: 10.1590/0103-11042022E31.

Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Moysés SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. *Int Dent J*. 2013; 63(5): 237-243. doi:10.1111/idj.12039.

Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2): 241–6. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200002

Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. *Health Promot Int*. 2021; 36(6): 1578-98. doi: 10.1093/heapro/daaa157.

Oliveira AR, Sousa YG, Diniz IVA, Medeiros SM, Martiniano C, Alves M. O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(4): 970-77. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0243.

Oliveira AR, Sousa YG, Silva DM, Alves JP, Diniz IVA, Medeiros SM, *et al*. A atenção primária à saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020; 41: e20190328. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190328.

Paredes SO, da Nóbrega RF, Soares TS, Bezerra ME, de Abreu MH, Forte FD. Dental pain associated with untreated dental caries and sociodemographic factors in 5-year-old children. *J Clin Exp Dent*. 2021; 13(6): e552-e557. doi: 10.4317/jced.57827

Peres MA, Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019; 394(10194): 249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito a saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde debate*. 2018; 42(esp.1): 302-14. doi: 10.1590/0103-11042018S120.

Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health--World Health Assembly 2007. *Int Dent J*. 2008; 58(3): 115-21. doi: 10.1111/j.1875-595x.2008.tb00185.x.

Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(6):1903-14. doi: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

Pinto MB, Silva KL. Promoção da saúde na escola: discursos, representações e abordagens. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(3): e20180774. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0774.

Pires H de F, Limão NP, Protasio APL, Valença AMG. Fatores associados à satisfação dos usuários com a atenção à saúde bucal na Paraíba, 2014. *Saúde debate*. 2020; 44(125): 451–64. doi: 10.1590/0103-1104202012513

Pucca Júnior GA, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FCS. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res*. 2015; 94(10): 1333-1337. doi: 10.1177/0022034515599979.

Rebello Vieira JM, Rebello MAB, Martins NMO, Gomes JFF, Vettore MV. Contextual and individual determinants of non-utilization of dental services among Brazilian adults. *J Public Health Dent*. 2019; 79: 60-70. doi: 10.1111/jphd.12295.

Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS. Oral health of elderly people living in a rural community of slave descendants in Brazil. *Cad. Saúde Colet.* 2018; 26(4): 425-431. doi: 10.1590/1414-462X201800040415.

Santiago CPL, Cavalcante D de FB, Ambrosano GMB, Pereira AC, Lucena EHG de, Cavalcanti YW, *et al.* Resolutividade da atenção básica em saúde bucal em municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2021; 26: 3589–97. doi: 10.1590/1413-81232021269.2.23272019

Santillo PM, Gusmão ES, Moura C, Soares RSC, Cimões R. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(2): 581-90. doi: 10.1590/1413-81232014192.20752012.

Santos LPS, Lima AMFS, Chaves SCL, Vilela DMOC, Valente APPC, Rossi TRA. Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. *Cienc Saude Colet.* 2023; 28(5): 1575–87. doi: 10.1590/1413-81232023285.14002022

Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saude Publica.* 2015; 49(98): 1-12. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005961.

Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, Menezes ELC. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde debate.* 2018; 42(spe 2): 233-246. doi: 10.1590/0103-11042018S216.

Soares AN, Silva TL, Franco AAAM, Maia TF. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. *Physis.* 2020; 30(3): e300332. doi: 10.1590/S0103-73312020300332.

Souza GCDA, Kusma SZ, Moysés SJ, Roncalli AG. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais

brasileiras na primeira década do século XXI. *Cad Saúde Pública*. 2021; 37(12): e00320720. doi: 10.1590/0102-311X00320720.

Stein C, Santos NML, Hilgert JB, Hugo FN. Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018; 46(1): 30-37. doi: 10.1111/cdoe.12325

Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis*. 2017; 27(1): 147-72. doi: 10.1590/S0103-73312017000100008.

Vettore MV, Aqeeli A. The roles of contextual and individual social determinants of oral health-related quality of life in Brazilian adults. *Qual Life Res*. 2016; 25(4): 1029-42. doi: 10.1007/s11136-015-1118-0.

Viacava F, Oliveira RADD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(6): 1751-62. doi: 10.1590/1413-81232018236.06022018.

Wachs LS, Facchini LA, Thumé E, Tomasi E, Fassa MEG, Fassa AG. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. *Cad Saúde Pública*. 2022; 38(6): e00231021. doi: 10.1590/0102-311XPT231021.

WHO. World Health Organization. International Conference on Primary Health Care (1978: Alma-Ata, USSR). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: World Health Organization; 1978. [acesso 2023 jun 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>.

WHO. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986. [acesso 2023 jun 19]. Disponível em:

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.

WHO. World Health Organization. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. Geneva: World Health Organization; 2009a. [acesso 2023 jun 20]. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

WHO. World Health Organization. Nairobi Call To Action For Closing the Implementation Gap in Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 2009b. [acesso 2023 jun 20]. Disponível em:

https://www.dors.it/documentazione/testo/201409/01_2009_OMS%20Nairobi_Call%20to%20action.pdf.

WHO. World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva: World Health Organization; 2014. [acesso 2023 jun 21]. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>

WHO. World Health Organization. Versão oficial em português da obra original em Inglês Promoting Health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration. Geneva: World Health Organization; 2018. [acesso 2023 jun 21].

Disponível em:

<https://www.ufpe.br/documents/39050/632567/Promoc%C2%B8a~o+da+sau%C2%B4de+-ODS+Guia+OPAS.pdf/7da634b1-d269-4b46-9564-9ebc1aaed76f>

WHO. World Health Organization. Geneva Charter For Well-Being. 2021. Geneva: World Health Organization; 2018. [acesso 2023 jun 21]. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being>.

* De acordo com as normas do PPGO/UFPB, baseadas na norma do *International Committee of Medical Journal Editors* - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o *Medline*.

APÊNDICES

Apêndice 1: Carta de Solicitação de Anuência



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA

Ilmo. Sr. Dr. Marcílio Ferreira de Araújo (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba),

Ao cumprimentá-lo, venho por meio desta, solicitar sua anuência para o desenvolvimento da pesquisa intitulada *PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*, a ser desenvolvida com a participação de cirurgiões-dentistas que atuam nas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família no Estado da Paraíba. Este estudo está vinculado ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e será desenvolvido por mim, Suyene de Oliveira Paredes, doutoranda em Ciências Odontológicas, sob orientação do professor Dr. Franklin Delano Soares Forte e em parceria com o Prof. Dr. Edson Hilan Gomes Lucena.

Este estudo será submetido a Plataforma Brasil para análise e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Patos (UNIFIP). Para sua execução serão seguidas todas as diretrizes e normas do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo objetiva conhecer as práticas de Promoção da Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde (APS), nas perspectivas da produção nacional, da atuação das Equipes de Saúde Bucal do Estado da Paraíba e das condições de trabalho das Equipes de Saúde Bucal rurais do Estado da Paraíba. Neste entendimento, os procedimentos metodológicos incluirão: (a) coleta de dados secundários, solicitados ao Ministério da Saúde, como também, aqueles disponibilizados em banco de dados de domínio público; (b) coleta de dados primários, a partir da aplicação de questionários a serem respondidos pelo cirurgiões-dentistas, por meio do aplicativo Google Forms; e (c) coleta de dados primários, a partir da realização de entrevistas, direcionadas aos profissionais que atuam em áreas rurais, a serem realizadas pelo Google Meet, por meio de gravação em vídeo (áudio e imagem). Estes aplicativos são operados pelo serviço gratuito de armazenamento e sincronização Google Drive.

Por fim, menciona-se a importância deste estudo para a aquisição de dados relacionados às práticas de Promoção de Saúde Bucal, considerando-se não só o panorama nacional, mas levando-se em consideração que os dados loco-regionais serão relevantes para a produção do conhecimento acerca da existência, tipos e efetividade de práticas de Promoção de Saúde de Saúde Bucal no Estado da Paraíba. Além disso, será possível compreender, mais profundamente, o processo e condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas que atuam em áreas rurais do Estado.

João Pessoa, 31 de março de 2021.

Suyene de Oliveira Paredes
Suyene de Oliveira Paredes
Doutoranda em Ciências Odontológicas – UFPB
Pesquisadora responsável

Franklin Delano Soares Forte
Franklin Delano Soares Forte
Professor Orientador

Edson Hilan Gomes de Lucena
Edson Hilan Gomes de Lucena
Professor colaborador

Marcílio Ferreira de Araújo
Marcílio Ferreira de Araújo
Coordenador Estadual de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde

Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aplicado no plano de análise 2

Título da pesquisa: Promoção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Pesquisadores: Suyene de Oliveira Paredes e Franklin Delano Soares Forte

Informações sobre a pesquisa:

Prezado (a) Colega (a),

Esta pesquisa, intitulada “Promoção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família”, tem o objetivo de conhecer as práticas de Promoção da Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde (APS), nas perspectivas da produção nacional e da atuação das Equipes de Saúde Bucal do Estado da Paraíba. Este estudo está sendo desenvolvida por mim, Suyene de Oliveira Paredes, discente Doutorado em Ciências Odontológicas – da Universidade Federal da Paraíba, e orientada pelo prof. Franklin Delano Soares Forte.

Solicitamos a sua colaboração para participação nesta pesquisa por meio de seu consentimento para responder um questionário sobre “perfil profissional” e outro questionário sobre a efetividade das estratégias de Promoção da Saúde Bucal, desenvolvidas no contexto da APS. Caso você decida participar, informamos que os questionários serão respondidos pelo aplicativo Google Forms, operado pelo serviço gratuito de armazenamento e sincronização Google Drive, no qual este Termo de Consentimento está inserido.

Destacamos que, poderá haver risco mínimo de desconforto ou constrangimento, para você ao responder algum questionamento. No entanto, este risco será minimizado por meio do compromisso com a privacidade e a confidencialidade das informações pessoais, em posse dos pesquisadores, preservando-se integralmente o seu anonimato. Além disso, asseguramos a você total liberdade para a recusa em responder perguntas que lhe cause constrangimento, de qualquer natureza, ou para desistir da pesquisa no momento em que você julgar conveniente, sem nenhum prejuízo. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos. A sua participação não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos mais aprofundados acerca das práticas de Promoção de Saúde de Saúde Bucal no Estado da Paraíba.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizar ações que não considere convenientes e, até mesmo, retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum, em conformidade com a resolução 510/2016 - Cap. III, Seção II, Art.17 – Inciso III.

Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com assinatura deste termo:

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu.....RG nº, li a descrição do estudo e, não havendo qualquer dúvida, concordo em participar da pesquisa. Confirmando que recebi cópia virtual do termo de esclarecimento para participação na pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida. Tenho ciência do exposto acima e concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei todos os meus direitos abaixo relacionados, de acordo com a Resolução 510/2016 - Cap. III – Artigo 9º:

- I. Ser informado sobre a pesquisa;
- II. Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;
- III. Ter minha privacidade respeitada;
- IV. Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa/UNIFIP. Centro Universitário de Patos. Rua Horácio Nóbrega, s/n. Patos-PB Fone: (83) 3421-7300/Ramal 276 / E-mail: cep@fiponline.edu.br

Nome da pesquisadora responsável: Suyene de Oliveira Paredes. Fone: (83)99803-6195. E-mail: suyparedes@hotmail.com

Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE) aplicado no plano de análise 3

Título da pesquisa: Promoção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Pesquisadores: Suyene de Oliveira Paredes e Franklin Delano Soares Forte

Informações sobre a pesquisa:

Prezado (a) Colega (a),

Esta pesquisa, intitulada “Promoção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família”, tem o objetivo de conhecer as práticas de Promoção da Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde (APS), nas perspectivas da produção nacional, da atuação das Equipes de Saúde Bucal do Estado da Paraíba e das condições de trabalho das Equipes de Saúde Bucal rurais do Estado da Paraíba. Este estudo está sendo desenvolvida por mim, Suyene de Oliveira Paredes, discente Doutorado em Ciências Odontológicas – da Universidade Federal da Paraíba, e orientada pelo prof. Franklin Delano Soares Forte.

Solicitamos a sua colaboração para participação nesta pesquisa por meio de seu consentimento para responder um questionário sobre “perfil profissional”, outro questionário sobre a efetividade das estratégias de Promoção da Saúde Bucal desenvolvidas no contexto da APS, além de participar de uma entrevista para compreensão do processo e condições de trabalho do cirurgião-dentista que atua na APS em área rural. Caso você decida participar, informamos que os questionários serão respondidos pelo aplicativo Google Forms, e a entrevista pelo Google Meet, a partir da gravação em vídeo (áudio e imagem). Estes aplicativos são operados pelo serviço gratuito de armazenamento e sincronização Google Drive, sendo este Termo de Consentimento disponibilizado no Google Forms.

Destacamos que, poderá haver risco mínimo de desconforto ou constrangimento, para você ao responder algum questionamento. No entanto, este risco será minimizado por meio do compromisso com a privacidade e a confidencialidade das informações pessoais, em posse dos pesquisadores, preservando-se integralmente o seu anonimato. Além disso, asseguramos a você total liberdade para a recusa em responder perguntas que lhe cause constrangimento, de qualquer natureza, ou para desistir da pesquisa no momento em que você julgar conveniente, sem nenhum prejuízo. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos. A sua participação não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos mais aprofundados acerca das práticas de Promoção de Saúde de Saúde Bucal no Estado da Paraíba.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizar ações que não considere convenientes e, até mesmo, retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum, em conformidade com a resolução 510/2016 - Cap. III, Seção II, Art.17 – Inciso III.

Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com assinatura deste termo:

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu.....RG nº, li a descrição do estudo e, não havendo qualquer dúvida, concordo em participar da pesquisa. Confirmando que recebi cópia virtual do termo de esclarecimento para participação na pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida. Tenho ciência do exposto acima e concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei todos os meus direitos abaixo relacionados, de acordo com a Resolução 510/2016 - Cap. III – Artigo 9º:

- I. Ser informado sobre a pesquisa;
- II. Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;
- III. Ter minha privacidade respeitada;
- IV. Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa/UNIFIP. Centro Universitário de Patos. Rua Horácio Nóbrega, s/n. Patos-PB Fone: (83) 3421-7300/Ramal 276 / E-mail: cep@fiponline.edu.br

Nome da pesquisadora responsável: Suyene de Oliveira Paredes. Fone: (83)99803-6195. E-mail: suyparedes@hotmail.com

Apêndice 4: Seção “Perfil Profissional” do questionário aplicado nos planos de análise 2 e 3

- 1- Município paraibano em que atua na Equipe de Saúde Bucal (ESB):
.....
- 2- Sexo: () Feminino () Masculino
- 3- Idade (em anos):
- 4- Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Outros
- 5- Carga horária semanal de trabalho na ESB (em horas):
- 6- Salário (remuneração pela atuação na ESB/ valor bruto em salários mínimos):
() até 2 () de 3 a 4 () 5 ou mais
- 7- Renda familiar (em salários mínimos): () até 4 () de 5 a 6 () acima de 6
- 8- Filhos: () Sim () Não. Se sim, quantos?
- 9- Reside no mesmo município em que trabalha: () Sim () Não
- 10- Tempo de formado (em anos):
- 11- Tempo de Atuação Profissional (em anos):
- 12- Atuação em ESB: () Urbana () Rural () Mista
- 13- Tempo de atuação na atual ESB (em anos):
- 14- Vínculo empregatício: () Servidor público/Estatutário () Contratado ()
Contratado Temporário () Outro
- 15- Outras ocupações (empregos) na área odontológica: () Sim () Não

Apêndice 5: Roteiro da entrevista aplicada no plano de análise 3

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- Boas-vindas e agradecimento pela participação
- Explicação sobre os objetivos da pesquisa

MÓDULO 1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (SEÇÃO PERFIL PROFISSIONAL DO PLANO 2)

- Solicitar autorização para gravação

MÓDULO 2 – CONCEPÇÃO ACERCA DAS PSB

- 2.1- Fale-me sobre o seu dia a dia de trabalho na Unidade de Saúde da Família de área rural. Como é o trabalho de cirurgião-dentista nessa Unidade de Saúde da Família rural?
- 2.2- O que você entende por Promoção da Saúde Bucal?
- 2.3- Você realiza ações de Promoção da Saúde Bucal? (Em caso afirmativo: O que te motiva a fazer as ações Promoção da Saúde Bucal?)

MÓDULO 3 – CONCEITO DE SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

- 3.1- Para você, o que é cuidado?
- 3.2- Para você, o que é saúde?
- 3.3- Para você, o que é doença?
- 3.4- Para você, de que forma a PS pode contribuir com o cuidado em saúde?

MÓDULO 4 – ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

- 4.1- Para você o que é trabalho em equipe?

- 4.2- As ações de Promoção da Saúde Bucal desenvolvidas por você envolvem a participação de outros profissionais de saúde (profissionais que não aqueles da equipe de saúde bucal) que atuam no território?
- 4.3- Como são as condições de trabalho para a realização de suas atividades?
- 4.4- Existe apoio da gestão para você realizar ações de Promoção da Saúde Bucal?
- 4.5- Como você acha que seu trabalho é percebido:
- a) pelos usuários que você atende?
 - b) pela sua equipe de trabalho?
 - c) pela gestão?
- 4.6- O que seria um trabalho ideal para você?
- 4.7- Você mudaria algo em relação ao seu trabalho nessa Unidade de Saúde da Família? (Fale-me sobre isso)
- 4.8- Que mudanças ocorreram no seu trabalho com a pandemia da COVID-19?
- 4.9- Se você tivesse que parar de trabalhar hoje, de que mais sentiria falta? (Fale-me sobre isso).
- 4.10- Fale-me sobre as contribuições do seu trabalho na Estratégia Saúde da Família rural:
- a) para você mesma.
 - b) para a secretaria de saúde(organização).
 - c) para a população.
- 4.11- Para você o que é um trabalho que tem sentido?

MÓDULO 5 – IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE PSB

- 5.1- Existe Política Estadual de PSB no seu estado?
- 5.2- Existe Política Municipal de PSB no seu município?
- 5.3- Existe alguma estratégia educacional em PSB (capacitação, formação, cursos, reciclagens) oferecida aos profissionais do seu município?
- 5.4- Para você, o que pode facilitar a implantação das PSB na ESF?
- 5.5- Para você o que pode dificultar a implantação das PSB na ESF?

MÓDULO 6 – EXPECTATIVAS SOBRE A PSB

6.1- Como você imagina que estará a oferta de PSB na ESF do seu Município daqui a dez anos?

6.2- Como você imagina que será o uso das PSB nos cuidados pós-COVID na ESF?

MÓDULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 Você gostaria de acrescentar algum aspecto que não foi explorado durante a entrevista?

ANEXOS

Anexo 1: Autorização Institucional



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Marcílio Ferreira de Araújo, Coordenador Estadual de Saúde Bucal, Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, AUTORIZO a pesquisadora Suyene de Oliveira Paredes, do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), para a realização da pesquisa intitulada **PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, a ser desenvolvida com cirurgiões-dentistas que atuam nas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família no Estado da Paraíba. Declaro que fui informado a respeito do objetivo primário da pesquisa em conhecer as práticas de Promoção da Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde (APS), nas perspectivas da produção nacional, da atuação das Equipes de Saúde Bucal do Estado da Paraíba e das condições de trabalho das Equipes de Saúde Bucal rurais do Estado da Paraíba.

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o mínimo de riscos e assegurando-lhes o direito da recusa ou a desistência na participação a qualquer momento e sem nenhum prejuízo.
- 3- Assegurar a privacidade dos participantes, de modo a garantir a confidencialidade das informações pessoais e das informações coletadas, respeitando deste modo, as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos nas Resoluções CNS n° 510/2016 e n° 580/2018.

João Pessoa, em 06/04/2021.


MARCÍLIO FERREIRA DE ARAÚJO

Anexo 2: Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 4.724.462)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Suyene de Oliveira Paredes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45966821.1.0000.5181

Instituição Proponente: Fundação Francisco Mascarenhas/Faculdade Integradas de Patos-FIP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.724.462



Continuação do Parecer: 4.724.462

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPL3.pdf	16/04/2021 20:14:24	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPL2.pdf	16/04/2021 20:14:11	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Cronograma	CRON.pdf	16/04/2021 20:13:51	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Orçamento	OR.pdf	16/04/2021 20:13:34	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Outros	AN.pdf	16/04/2021 20:13:15	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC.pdf	16/04/2021 20:12:40	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AI.pdf	16/04/2021 20:11:56	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Folha de Rosto	FRF.pdf	16/04/2021 20:11:16	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PATOS, 20 de Maio de 2021

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

Anexo 3: Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 5.025.305)

	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Suyene de Oliveira Paredes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45966821.1.0000.5181

Instituição Proponente: Fundação Francisco Mascarenhas/Faculdade Integradas de Patos-FIP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.025.305

	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP	
--	------------------------------------	---	---

Continuação do Parecer: 5.025.305

Projeto Detalhado / Brochura	PF.pdf	16/04/2021 20:17:47	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Investigador				
Outros	EPSB.pdf	16/04/2021 20:18:43	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Outros	RE.pdf	16/04/2021 20:18:17	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Outros	QP.pdf	16/04/2021 20:15:49	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPL3.pdf	16/04/2021 20:14:24	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPL2.pdf	16/04/2021 20:14:11	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Cronograma	CRON.pdf	16/04/2021 20:13:51	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Orçamento	OR.pdf	16/04/2021 20:13:34	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Outros	AN.pdf	16/04/2021 20:13:15	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TC.pdf	16/04/2021 20:12:40	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AI.pdf	16/04/2021 20:11:56	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito
Folha de Rosto	FRF.pdf	16/04/2021 20:11:16	Suyene de Oliveira Paredes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PATOS, 07 de Outubro de 2021

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

Anexo 4: Seção “Práticas de Promoção de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde” do questionário aplicado no plano de análise 2

Dimensão Saúde Bucal
<p>1. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) reconhece e atua sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) bucal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não reconhece e não atua sobre os DSS bucal</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Reconhece apenas os fatores individuais envolvidos na determinação da saúde bucal, mas não atua sobre eles</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Reconhece fatores individuais, estilo de vida e de trabalho envolvidos na determinação da saúde bucal, mas não atua sobre eles</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Atua sobre os DSS, mas não os reconhece</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Reconhece e atua sobre os DSS bucal</p>
<p>2. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) reconhece e atua sobre os fatores comuns de risco à saúde bucal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não reconhece e não atua sobre os fatores comuns de risco</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Reconhece alguns fatores comuns de risco, mas não atua sobre eles</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Atua sobre os fatores comuns de risco, mas não os reconhece</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Reconhece e atua sobre alguns fatores comuns de risco</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Sempre reconhece e sempre atua sobre os fatores comuns de risco</p>
<p>3. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) investigou antes do seu início o perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais, e essa investigação influenciou seu planejamento e desenvolvimento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não foi investigado antes do início da estratégia e também não influenciou seu planejamento e desenvolvimento</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não foi investigado, mas o planejamento e desenvolvimento da estratégia foram influenciados por uma percepção individual do perfil epidemiológico do território</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Foi investigado, mas não influenciou no planejamento e desenvolvimento da estratégia</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Foi investigado e teve pouca influência no planejamento e desenvolvimento da estratégia</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Foi investigado e influenciou de maneira decisiva no planejamento e desenvolvimento da estratégia</p>
<p>4. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) provoca melhora do perfil epidemiológico prévio em relação ao perfil atual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não existem dados sobre o perfil epidemiológico disponíveis para comparação de resultados</p> <p><input type="checkbox"/> 2. O perfil epidemiológico piorou depois do desenvolvimento da estratégia</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não existem melhoras observadas no perfil epidemiológico depois do desenvolvimento da estratégia</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Foi observada uma discreta melhora no perfil epidemiológico com o desenvolvimento da estratégia</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Grande melhora pode ser observada no perfil epidemiológico com o desenvolvimento da estratégia</p>
<p>5. Mudanças no perfil epidemiológico após o desenvolvimento da EPSB são reconhecidas e potencializaram a definição de novos objetivos?</p>

- 1. Não são reconhecidas, pois não existem dados sobre o perfil epidemiológico disponíveis
- 2. Nunca são reconhecidas na definição de novos objetivos
- 3. São reconhecidas, mas não potencializaram a definição de novos objetivos
- 4. São reconhecidas e potencializam a definição de novos objetivos
- 5. Sempre são reconhecidas e potencializam de maneira decisiva a definição de novos objetivos

Dimensão Políticas Públicas

1. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) reconhece, prioriza e desenvolve ações para grupos sociais mais vulneráveis e/ou famílias fragilizadas no território?

- 1. Não reconhece, não prioriza e não desenvolve ações para grupos/famílias mais vulneráveis
- 2. Não reconhece e não prioriza os grupos/famílias mais vulneráveis, mas desenvolve ações voltadas para a comunidade local onde esses grupos/famílias possam participar
- 3. Reconhece grupos/famílias mais vulneráveis, não prioriza o desenvolvimento das ações para tais grupos
- 4. Reconhece e prioriza grupos/famílias mais vulneráveis procura desenvolver ações voltadas para tais grupos
- 5. Foi construída com base no reconhecimento e na priorização de grupos/famílias mais vulneráveis no território e suas ações foram definidas a partir disso

2. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) desenvolve práticas que garantem a participação equânime da população-alvo

- 1. Nunca pensou em desenvolver e não desenvolve práticas que garantam a participação equânime da população-alvo
- 2. Não desenvolve práticas que garantam a participação equânime da população-alvo
- 3. Procura desenvolver práticas que garantam a participação equânime da população alvo, mas não consegue efetivar essa participação
- 4. Desenvolve alguma prática que garante a participação equânime da população-alvo
- 5. Desenvolve uma diversidade de práticas que garantem a participação equânime da população-alvo

3. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) envolve a participação de diferentes profissionais de saúde (profissionais que não aqueles da equipe de saúde bucal) que atuam no território?

- 1. Nunca envolve a participação de profissionais da saúde de outras áreas, sendo desenvolvida apenas pela Equipe de Saúde Bucal
- 2. Envolve a participação de poucos profissionais da saúde de outras áreas (um ou dois) em momentos pontuais da estratégia
- 3. Envolve a participação de muitos profissionais da saúde de outras áreas (três ou mais) em momentos pontuais da estratégia
- 4. Envolve a participação de poucos profissionais de saúde de outras áreas (um ou dois) em todos os momentos da estratégia.
- 5. Sempre envolve a participação de muitos profissionais de saúde de outras áreas (três ou mais) em todos os momentos da estratégia

4. Diferentes instâncias profissionais (gestores e técnicos), instituições e lideranças na comunidade participam de forma cooperativa no desenvolvimento da EPSB?

- 1. É desenvolvida apenas pela Equipe de Saúde Bucal
- 2. Envolve a participação de maneira cooperativa de diferentes instituições e lideranças na comunidade, mas não de diferentes instâncias profissionais
- 3. Envolve a participação de forma cooperativa de diferentes instâncias profissionais e instituições mas não de líderes comunitários
- 4. Envolve a participação de maneira cooperativa de diferentes instâncias profissionais e líderes comunitários, mas não de diferentes instituições
- 5. É baseada na parceria de maneira cooperativa entre diferentes instâncias profissionais instituições e líderes comunitários atuantes no território

5. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) está articulada a outras iniciativas desenvolvidas no território para promover saúde?

- 1. Não está articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território
- 2. Está articulada pontualmente a somente outra iniciativa de promoção da saúde no território
- 3. Está articulada pontualmente a outras iniciativas de promoção da saúde no território
- 4. Está articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território, porém nem sempre esta articulação é garantida em todas as atividades
- 5. Está totalmente articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território, em diferentes momentos das iniciativas

6. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) é reconhecida e apoiada pela gerência de saúde local/distrital/municipal?

- 1. Não é reconhecida, nem apoiada pela gerência de saúde
- 2. É apoiada, mas não reconhecida pela gerência de saúde
- 3. É reconhecida, mas não apoiada pela gerência de saúde
- 4. É reconhecida e apoiada pela gerência de saúde
- 5. É totalmente reconhecida e sempre apoiada pela gerência de saúde

7. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) prevê a alocação de recursos específicos (recursos humanos, financeiros e de infraestrutura) para o seu desenvolvimento?

- 1. Não há recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada
- 2. Somente recursos humanos são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada
- 3. Recursos humanos e de infraestrutura são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada, mas não recursos financeiros
- 4. Recursos humanos e financeiros são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada, mas não recursos de infraestrutura
- 5. Há garantia de recursos específicos (humanos, financeiros e de infraestrutura) alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada

8. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) prevê e realiza avaliações de processo e resultados ao longo do seu desenvolvimento?

- 1. Não são previstas nem realizadas avaliações ao longo do desenvolvimento da estratégia
- 2. Avaliações são previstas, mas não realizadas, ao longo do desenvolvimento da estratégia
- 3. Avaliações são previstas e realizadas esporadicamente ao longo do desenvolvimento da estratégia
- 4. Avaliações são previstas e realizadas ao longo do desenvolvimento da estratégia
- 5. Avaliações são previstas e realizadas continuamente ao longo do desenvolvimento da estratégia

9. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) e seus resultados são reconhecidos e pactuados no planejamento local da Atenção Básica da Unidade de Saúde?

- 1. Nunca são reconhecidos, nem pactuados no planejamento local
- 2. São pactuados, mas nunca reconhecidos no planejamento local
- 3. São reconhecidos, mas nunca pactuados no planejamento local
- 4. São reconhecidos e pactuados no planejamento local
- 5. São totalmente reconhecidos e pactuados continuamente no planejamento local

10. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) e seus resultados são reconhecidos e discutidos no Conselho Local de Saúde?

- 1. Não são reconhecidos, nem discutidos no Conselho Local de Saúde
- 2. São reconhecidos, mas nunca discutidos no Conselho Local de Saúde
- 3. São reconhecidos, mas pouco discutidos no Conselho Local de Saúde
- 4. São reconhecidos e discutidos no Conselho Local de Saúde
- 5. São amplamente reconhecidos e sempre discutidos no Conselho Local de Saúde

Dimensão Desenvolvimento Humano e Social

1. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) considera, por meio de consulta direta, e respeita os valores da comunidade local para o seu planejamento e desenvolvimento?

- 1. Não são considerados por meio de consulta direta, nem respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia
- 2. São considerados por meio de consulta direta, mas não respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia
- 3. Não são considerados por meio de consulta direta, mas são respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia
- 4. São considerados por meio de consulta direta, e respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia
- 5. São amplamente considerados, por meio de consulta direta, e respeitados direcionando o planejamento e desenvolvimento da estratégia

2. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) possibilita a participação da comunidade local/população-alvo na definição de prioridades e objetivos, na sua implementação e sua avaliação?

- 1. Não participa na definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação da estratégia

2. A comunidade/população-alvo participa somente na definição de prioridades e objetivos, mas não participa da implementação e avaliação da estratégia
3. A comunidade/população-alvo participa somente na implementação e avaliação da estratégia, mas não participa na definição de prioridades e objetivos
4. É participativa na definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação da estratégia
5. É muito participativa em todos os momentos da estratégia: definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação

3. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) possibilita à população-alvo avaliar e discutir os resultados gerados por sua ação?

1. Os resultados não são avaliados nem discutidos pela população-alvo
2. Os resultados são avaliados, mas não discutidos pela população-alvo
3. Os resultados são discutidos, mas não avaliados pela população-alvo
4. Os resultados são avaliados e discutidos pela população-alvo em momentos pontuais
5. Os resultados são continuamente avaliados e discutidos pela população-alvo

4. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) possibilita mudanças no seu processo de condução a partir de sugestões da população participante?

1. Sugestões nunca são solicitadas
2. Não são consideradas como base para mudanças no processo de condução da estratégia
3. São consideradas, mas não influenciam em mudanças no processo de condução da estratégia
4. São consideradas pontualmente como base para mudanças no processo de condução da estratégia
5. Sempre são consideradas como base para mudanças no processo de condução da estratégia

5. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) é divulgada para a comunidade local?

1. Não é divulgada na comunidade local
2. É muito pouco divulgada na comunidade local
3. É pouco divulgada na comunidade local
4. É divulgada na comunidade local
5. É muito divulgada na comunidade local

6. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) compartilha as funções ou os papéis de protagonismo na sua condução entre vários sujeitos envolvidos?

1. Não é compartilhado entre os sujeitos envolvidos
2. É muito pouco compartilhado entre os sujeitos envolvidos
3. É pouco compartilhado entre os sujeitos envolvidos
4. É compartilhado entre os sujeitos envolvidos
5. É muito compartilhado entre os sujeitos envolvidos

7. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) favorece o desenvolvimento de capacidades para diferentes atores sociais da comunidade?

1. O desenvolvimento de capacidades locais não é parte das ações da estratégia avaliada

- 2. Existem muito poucas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para atores sociais vinculados à estratégia avaliada.
- 3. São oferecidas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades, mas para um número restrito de pessoas
- 4. São oferecidas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para boa parte dos atores sociais vinculados à estratégia avaliada
- 5. Sempre são oferecidas muitas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para todos os atores sociais vinculados a estratégia avaliada

8. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) apresenta mecanismos de manutenção dos resultados e benefícios obtidos?

- 1. Não apresenta mecanismos para a manutenção dos resultados e dos benefícios obtidos
- 2. Apresenta muito poucos mecanismos para a manutenção dos resultados e benefícios obtidos
- 3. Apresenta mecanismos para a manutenção dos benefícios obtidos, mas não apresenta mecanismos de manutenção dos resultados
- 4. Apresenta mecanismos para a manutenção dos resultados, mas não apresenta mecanismos de manutenção dos benefícios obtidos
- 5. Apresenta diferentes mecanismos para a manutenção dos resultados e dos benefícios obtidos