

PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA

ROLE OF THE DENTIST IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN A MUNICIPALITY IN THE COUNTRYSIDE OF BAHIA

Anny Karlen Brito da Silva¹
Cristiane Alves Paz de Carvalho²
Fábio Silva de Carvalho³

RESUMO

A implantação da Estratégia Saúde da Família foi considerada a forma prioritária para reorganizar a Atenção Primária à Saúde e promover mudanças expressivas na atenção à saúde. O objetivo desta pesquisa foi analisar o papel dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família em um município do interior da Bahia. Trata-se de uma abordagem qualitativa, com a participação de 15 cirurgiões-dentistas. A coleta de dados aconteceu através de entrevista semiestruturada, gravada e os dados foram processados no software IRAMUTEQ, pela técnica de Classificação Hierárquica Descendente. Analisou-se a partir das falas dos participantes a significativa contribuição dos estágios nas unidades de saúde durante a formação para a atuação profissional. Entre as atividades coletivas desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas na rotina semanal, destacaram-se a escovação supervisionada em escolas e as atividades educativas com gestantes e mães. Evidenciou-se que alguns profissionais ainda não incorporaram em sua agenda semanal as atividades de visita domiciliar. Algumas dificuldades são levantadas pelos participantes, como a aquisição de materiais para o atendimento odontológico e a manutenção preventiva de alguns equipamentos, podendo limitar a utilização do serviço de saúde bucal do município. Deste modo, pode-se concluir que os cirurgiões-dentistas organizam a agenda de atendimento nas unidades de saúde e não priorizam às ações de prevenção e de promoção à saúde junto à comunidade. Contudo, a permanência dos procedimentos curativistas e as limitações de infraestrutura e escassez de materiais de consumo podem influenciar na atuação dos cirurgiões-dentistas.

Palavras-chave: estratégia saúde da família; assistência odontológica; prática profissional; cirurgião-dentista.

¹Cirurgiã-Dentista. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié. Bahia. Brasil. E-mail: annykarlensilva@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2567-387X>.

²Doutora em Ciências Odontológicas. Professora Titular do Departamento de Saúde I, Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié. Bahia. Brasil. E-mail: capcarvalho@uesb.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-5395>.

³Doutor em Ciências Odontológicas. Professor Titular do Departamento de Saúde I, Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié. Bahia. Brasil. E-mail: fscarvalho@uesb.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5084-3848>.

ABSTRACT

The implementation of the Family Health Strategy was considered the priority way to reorganize Primary Health Care and promote significant changes in health care. The aim of this study was to analyze the role of dentists in the Family Health Strategy in a municipality in the countryside of Bahia. This is a qualitative approach, involving of 15 dentists. Data was collected through semi-structured, recorded interviews and the data was processed using the IRAMUTEQ software, using the Descending Hierarchical Classification technique. From the participants' speeches, the significant contribution of internships in health units during training to professional practice was analyzed. Among the collective activities carried out by dentists in their weekly routine, supervised brushing in schools and educational activities with pregnant women and mothers stood out. Some professionals have not yet incorporated home visits into their weekly schedule. Some difficulties were raised by the participants, such as the acquisition of materials for dental care and the preventive maintenance of some equipment, which could limit the use of the municipality's oral health service. Thus, it can be concluded that dentists organize their schedules at health units and do not prioritize preventive and health promotion actions in the community. However, the permanence of curative procedures and the limitations of infrastructure and scarcity of consumables can influence the work of dentists.

Key words: family health strategy; dental care; professional practice; dentists.

Artigo recebido em: 14/06/2024

Artigo aprovado em: 13/03/2025

Artigo publicado em: 06/08/2025

Doi: <https://doi.org/10.24302/sma.v14.5478>

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa a garantia do acesso e da utilização dos serviços de saúde, considerando os fatores associados ao bem estar e as necessidades da população. A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi considerada a forma prioritária para reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) e promover mudanças expressivas na atenção à saúde, colaborar na resolutividade das necessidades em saúde dos indivíduos e ampliar o acesso aos serviços de saúde¹. Dessarte, verificou-se o aumento da oferta dos serviços, sobretudo aos indivíduos com condições vulneráveis; a redução e o controle de agravos à saúde; melhorias nas estruturas e nos atendimentos; estímulo à prevenção, com enfoque no contexto familiar e comunitário, e a expansão da assistência à saúde, inclusive odontológica².

Ademais, outro avanço observado foi a inserção da Equipe de Saúde Bucal (eSB) na ESF, no ano de 2000, com o intuito de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal, reorientando o processo de trabalho e a atuação dos cirurgiões-dentistas, evidenciando a importância da relação multiprofissional e da valorização da saúde bucal como eixo da promoção da qualidade de vida³. Nessa perspectiva, o

cirurgião-dentista passou a reorientar o seu processo de trabalho e/ou olhar crítico em relação as condições de saúde dos indivíduos e também a reorganizar a demanda de atendimento odontológico. Da mesma forma, as ações que desenvolve, têm como foco descontinuar a prática profissional pautada em ideologias técnicas, primordialmente curativistas e que ainda estão presentes na prática de alguns profissionais da área⁴.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Odontologia recomendam que na qualificação dos cirurgiões-dentistas seja incluída a atenção integral à saúde, levando em consideração o sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência preconizado pelo SUS, e o trabalho em equipe inter/multiprofissional, valorizando a dignidade da pessoa humana e transformando a realidade em benefício da sociedade brasileira⁵.

O processo de formação dos cirurgiões-dentistas influencia diretamente a sua atuação profissional. Deste modo, é fundamental que a formação esteja baseada em aspectos éticos, morais, generalistas, humanos, críticos e reflexivos, e que considere a realidade social, cultural e econômica dos indivíduos, não se limitando as doenças diagnosticadas⁶.

Os cirurgiões-dentistas recém-formados se deparam com realidades diferentes das vivenciadas na rotina acadêmica, que aliadas à falta de estímulos para a permanência no setor público e a perda dos ideais fundamentados na saúde coletiva, impactam na atuação profissional⁷. Partindo deste pressuposto, o objetivo desta pesquisa foi analisar o papel dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família em um município do interior da Bahia.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo tratou-se de uma abordagem qualitativa com caráter descritivo, que buscou compreender o contexto em análise, os comportamentos, os conceitos e as percepções de maneira subjetiva e profunda. Além disso, foi capaz de descrever em detalhes as características de uma determinada população ou fenômeno⁸.

CENÁRIO DO ESTUDO

Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, o nome do município não foi identificado. A pesquisa foi realizada em um município do interior do Estado da Bahia, que abrange uma população de aproximadamente 158.812 habitantes (censo do ano 2022), de acordo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município dispõe de 19 Unidades de Saúde da Família (USF). No mês de dezembro de 2021, a estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica

era de 96,26%. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família era de 64,08%. O município contava com 17 equipes de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Básica Tradicional e 19 eSB vinculadas às Equipes da Estratégia Saúde da Família, totalizando 36 eSB no município⁹.

AMOSTRA DO ESTUDO

Para participação foram considerados todos os cirurgiões-dentistas que atuavam nas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família do município. No entanto, os pesquisadores utilizaram o critério de saturação dos dados, que observa o padrão de semelhança das respostas dos participantes da pesquisa em razão da repetição do conteúdo para finalização da coleta de dados.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de inclusão adotados foram: graduação em Odontologia no Brasil e mínimo de três meses de atuação na Unidade de Saúde da Família. Além disso, o critério de exclusão utilizado envolveu a ausência na entrevista após três agendamentos.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado, abordando as principais atividades profissionais promovidas dentro e fora dos consultórios odontológicos. Além disso, os aspectos que norteiam a organização da demanda, perante as necessidades da comunidade, bem como o processo de formação dos cirurgiões-dentistas, com ênfase nos estágios, práticas e/ou disciplinas direcionadas aos princípios do SUS e da saúde coletiva.

O roteiro de entrevista contou com quatorze questões subjetivas, inerentes ao objetivo proposto, que possibilitou ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema da pesquisa. As entrevistas foram realizadas por uma pesquisadora, no período de abril a maio do ano de 2023, com duração de até vinte minutos e foram gravadas através de um smartphone. Para garantir a privacidade dos participantes, as entrevistas aconteceram no consultório odontológico da unidade de saúde de forma individualizada.

Após a coleta de dados, realizou-se a transcrição na íntegra das entrevistas e a revisão das falas dos entrevistados sistematicamente por dois pesquisadores. Para preservar a identidade dos participantes, atribuiu-se o código “CD1” ao primeiro participante entrevistado, “CD2” ao segundo e assim seguindo a sequência das entrevistas.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram processados no software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ). O software tem como principal objetivo analisar a estrutura e a organização do discurso, possibilitando informar as relações entre os mundos lexicais que são mais frequentemente enunciados pelos participantes da pesquisa¹⁰. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para o reconhecimento do dendrograma com as classes que surgiram, sendo que quanto maior o χ^2 , mais associada está a palavra com a classe e foram desconsideradas as palavras com $\chi^2 < 3,80$ ($p < 0,05$).

ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho respaldou-se nos princípios éticos que determinam o desenvolvimento de estudos com seres humanos, seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) com o seguinte CAAE: 65121822.1.0000.0055.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da entrevista com 15 cirurgiões-dentistas atuantes na ESF do município, verificou-se que a maioria era do gênero feminino (66,66%), realidade também expressa pelo Conselho Federal de Odontologia no ano de 2023 que mostrou um aumento significativo da participação feminina na profissão¹¹. Além disso, 46,67% dos cirurgiões-dentistas pertenciam à faixa etária de 25 a 30 anos, com média aproximada de 34 anos (Tabela 1).

Como em diversas áreas de ensino, a oferta do curso de graduação em Odontologia experienciou um aumento nas últimas décadas, seja através de instituições públicas ou privadas, contribuindo consideravelmente para o aumento no número de profissionais habilitados no país¹². Observou-se que 66,66% dos CD graduaram-se em universidades privadas e a média de permanência nas universidades foi de cinco a seis anos (86,67%). Além disso, o perfil dos profissionais começa a ser influenciado pelas necessidades da população e do mercado de trabalho e pelas possíveis áreas de atuação, como consultórios particulares, serviço público de saúde, planos de saúde, área acadêmica, entre outras⁵ (Tabela 1).

Partindo deste pressuposto, os CDs procuraram especializações, atualizações e aperfeiçoamentos para melhor atuação no mercado de trabalho. Foi possível identificar que 26,67% dos participantes especializaram-se em saúde pública o que pode contribuir para atuação voltada aos preceitos da Atenção Primária à Saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos cirurgiões-dentistas. Município do interior da Bahia, 2023

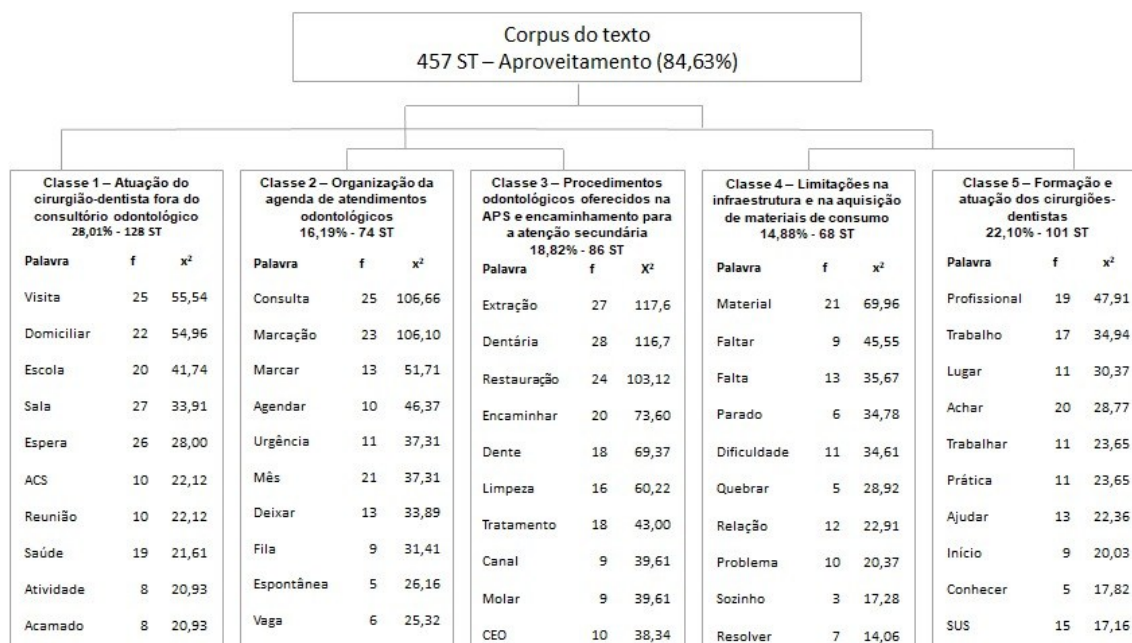
Gênero	Idade (anos)	Instituição de Ensino	Graduação (anos)	Pós-Graduação
Feminino	28	Pública	5	Cirurgia Oral Menor, Radiologia e Imaginologia e Saúde Pública
Feminino	38	Pública	6	Cirurgia Bucomaxilofacial
Feminino	37	Privada	4	Dentística
Feminino	28	Privada	5	Ortodontia, Cirurgia Oral Menor
Masculino	47	Privada	5	Odontologia Estética, Prótese, Urgência e Emergência em UTI, Saúde Pública
Feminino	33	Privada	5	Cirurgia Oral Menor e Periodontia
Feminino	38	Privada	5	Endodontia, Odontologia Legal, Saúde da Família
Masculino	28	Privada	5	Cirurgia Oral Menor
Masculino	25	Privada	5	Cirurgia Oral Menor
Masculino	42	Privada	4	Cirurgia Oral Menor, Endodontia, Regulação do SUS, Regulação em Epidemiologia Sanitarista, Saúde Pública
Feminino	35	Pública	6	Cirurgia Oral Menor, Endodontia e Estética
Masculino	43	Pública	5	
Feminino	28	Privada	5	Cirurgia Plástica Periodontal, Cirurgia Oral Menor, Endodontia
Feminino	28	Privada	5	Odontologia Estética
Feminino	30	Pública	5	Cirurgia Oral Menor e Implantodontia

Ademais, verificou-se que 80,00% completaram sua formação acadêmica no estado da Bahia, 60,00% têm mais de cinco anos de formados, 73,33% possuem até cinco anos de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e 80,00% também exercem suas funções em clínicas ou consultórios privados.

CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

O corpus geral foi formado por 15 textos, separados em 540 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 457 STs (84,63%). Emergiram 19.130 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.208 palavras distintas e 1.103 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: Classe 1 - “Atuação do cirurgião-dentista fora do consultório odontológico”, com 128 ST (28,01%); Classe 2 - “Organização da agenda de atendimentos odontológicos”, com 74 ST (16,19%); Classe 3 - “Procedimentos odontológicos oferecidos na ESF e encaminhamento para a atenção secundária”, com 86 ST (18,82%); Classe 4, “Limitações na infraestrutura e na aquisição de materiais de consumo”, com 68 ST (14,88%); e Classe 5 - “Formação e atuação dos cirurgiões-dentistas”, com 101 ST (22,10%) (Figura 1).

Figura 1 – Dendrograma obtido a partir da CHD do corpus. Município do interior da Bahia, 2023



CLASSE I - ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA FORA DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

A referida categoria contém palavras como: visita ($x^2 = 55,54$), domiciliar ($x^2 = 54,96$), escola ($x^2 = 41,74$), sala ($x^2 = 33,91$), entre outras. Diante do exposto, nota-se que os termos pertencentes a esta classe estão associados aos serviços odontológicos realizados em outros ambientes das unidades de saúde e também na comunidade adstrita as mesmas.

A atenção em saúde bucal preconizada pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) estabelece que as atribuições do cirurgião-dentista envolvam promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde individual e coletiva a todas as famílias cadastradas, através de ações que estimulem a discussão e o compartilhamento de informações acerca das principais necessidades diagnosticadas em uma determinada região. Deste modo, as visitas domiciliares, as salas de espera e o Programa Saúde na Escola (PSE) são ferramentas necessárias e eficazes na concretização dos objetivos da PNSB e, conseqüentemente, do SUS, garantindo não só o acesso, mas, a efetividade do cuidado e a resolutividade das demandas da população¹³.

“Têm as atividades coletivas que a gente faz nas escolas que é a escovação supervisionada com flúor; tem a questão do puerpério que eu vou lá e examino a boquinha do bebê, oriento a mãe como fazer a higienização com a gaze na água morna ou água filtrada (CD4)”.

“[...] eu vou conversar ainda com a coordenadora para a gente começar a fazer sala de espera, querendo ou não é fundamental também (CD9)”.

“[...] e em relação às visitas domiciliares a gente fez poucas, os pacientes não pedem não (CD15)”.

“Eu tenho que melhorar nessa parte, nessa questão de sala de espera e mais também na educação em saúde, porque a gente entra no automático, o paciente entra e aí o que está sentindo (CD15)”.

Os participantes relataram em suas falas a prática de atividades coletivas durante a rotina semanal, destacando a escovação supervisionada em escolas do município e a atenção com as mães e bebês, grupos que comumente são priorizados. Somado a isso, é válido ressaltar a importância da organização das ações dentro e fora das unidades de saúde. Pois, a equipe multiprofissional deve buscar estratégias capazes de assistir os indivíduos de maneira integral, inclusive, por meio da busca ativa de pessoas impossibilitadas de frequentarem a USF. Essas práticas podem propiciar mudanças significativas na conduta do cirurgião-dentista, que geralmente está habituado ao perfil tecnicista e curativista difundido há anos.

As entrevistas permitiram evidenciar uma deficiência na integralidade do cuidado, à medida que alguns cirurgiões-dentistas e equipes de saúde bucal ainda não incorporaram em suas atividades a visita domiciliar e/ou as salas de espera. Este contexto dificulta o estabelecimento de vínculo mais efetivo entre os profissionais e a comunidade, bem como, dificuldades no reconhecimento crítico do cenário socioeconômico, cultural e geográfico das famílias. Inúmeros são os públicos que frequentam ou estão impedidos de comparecerem as unidades de saúde, assim sendo, é papel dos cirurgiões-dentistas prestar assistência às individualidades dos acamados, idosos, gestantes, crianças, adultos, ou seja, a efetivação do princípio da universalidade perante a demanda da população¹⁴.

Posto isto, as ações de orientação sobre higienização bucal, hábitos deletérios e informações educativas de prevenção no ambiente domiciliar e na própria unidade de saúde proporcionam uma melhoria na qualidade de vida de toda comunidade. Além disso, possibilita a obtenção de subsídios para um adequado planejamento de ações em saúde e uma redução significativa da procura pelo atendimento odontológico em situações meramente curativistas¹⁵.

CLASSE II - ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Esta classe compreende palavras como: consulta (x2= 106,66), marcação (x2= 106,10), agendar (x2= 46,37) e mês (x2= 37,31), por exemplo. Sendo assim, expressa critérios que são utilizados para a organização dos atendimentos perante o funcionamento das unidades de saúde e a demanda da comunidade.

Um dos entraves na oferta dos serviços pelo cirurgião-dentista é a marcação das consultas, ou seja, a utilização de estratégias que possam contribuir para esse processo e, conseqüentemente, melhorar o acesso diante das necessidades em

saúde da população. Em vista disso, as equipes empregam métodos de marcação variados a fim de tentar organizar a demanda, como: com ou sem classificação de risco, com auxílio do agente comunitário de saúde ou por demanda espontânea. Há uma demanda reprimida, e por vezes, os usuários precisam aguardar meses pela assistência odontológica. Além disso, verifica-se a existência de encaixes e atendimentos extras, segundo as urgências e as queixas apresentadas pelos usuários¹⁶.

Em um sistema com serviços que atendem a diferentes necessidades odontológicas, o planejamento é fundamental para a garantia da resolutividade. Posto isto, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu recomendações acerca da organização da agenda dos cirurgiões-dentistas, com o objetivo de reconhecer as principais solicitações individuais e coletivas, mas também, avaliar a efetividade do fluxo de atendimento. Ademais, preconiza-se que os critérios norteadores não devem ser baseados em ciclos de vida, gêneros, idades, patologias e demais características, pois, essas restrições podem provocar a diminuição da procura pelo serviço, priorização a grupos específicos, horários e dias não acessíveis e, por conseguinte, maior tempo de espera e baixa cobertura da população. Portanto, as ações cotidianas devem ser norteadas pelo atendimento clínico individual, pelas atividades coletivas em escolas e em espaços sociais, pelos atendimentos domiciliares e pela participação em conselhos locais e em reuniões de equipe¹³.

“A gente atende com base a agenda da médica e da enfermagem também (CD5).”

“Eu não especifico quem vai ser atendido no dia, pode ser criança, idoso ou qualquer outro que a gente possa estar atendendo. A marcação de consultas é mensal, então a gente sempre está marcando o paciente e finalizando o mês com tudo que ele precisa fazer (CD6).”

“Então, é menos uma vaga que eu consigo abrir no mês seguinte, eu faço diferente, minha agenda fica aberta, eu deixo minha agenda do mês todo aberta, quem quiser vem e já sai daqui com o seu dia específico e a gente vai dando seguimento (CD11).”

“Eles acordam cedo para poder vir, quando marca o mês todo e se chegar outro paciente precisando durante o mês a agenda já está fechada, entendeu? E como eu já tive essa experiência dos dois jeitos, de fazer tanto mensal como semanal, eu prefiro semanal (CD4).”

Diante das falas dos entrevistados é perceptível a existência de preferências em relação à marcação dos atendimentos, à medida que os dentistas possuem variadas experiências e buscam desenvolver mecanismos que sejam eficientes para a comunidade a qual são responsáveis. Além disso, relatam o compartilhamento das agendas entre os profissionais da unidade de saúde, deste modo, os pacientes recebem um cuidado integral, minimizando a desistência do plano de tratamento. Essa organização está relacionada com os princípios da clínica ampliada, onde os profissionais assumem as suas atuações concomitantemente com a complexidade das demandas e manejo dos diagnósticos, fazendo-os refletir e compartilhar a gestão

das situações de saúde dos usuários. Em associação, a adesão conjunta das propostas de intervenção favorece a conclusão dos tratamentos propostos, indicador positivo da resolutividade, e a posterior alta do paciente para que haja a manutenção da atual condição estabelecida¹⁷.

CLASSE III - PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS OFERECIDOS NA ESF E ENCAMINHAMENTO PARA A ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Essa classe é composta por palavras como: extração (x2= 117,6), dentária (x2= 116,7), restauração (x2= 103,12), encaminhar x2= (73,60), entre outras. Deste modo, representa os principais procedimentos realizados pelos cirurgiões-dentistas nas unidades de saúde, bem como, o direcionamento dos pacientes para demais assistências especializadas, sobretudo, para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município.

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de acesso dos indivíduos ao SUS. Em vista disso, disponibiliza serviços com ênfase na promoção, prevenção e recuperação em saúde bucal, como: a aplicação tópica de flúor gel, escovação dental supervisionada, atendimento odontológico, atendimento domiciliar, práticas integrativas e complementares em saúde bucal, entre outros¹⁸.

Os procedimentos odontológicos oferecidos podem ser variados, levando em consideração a realidade sociodemográfica, política, geográfica, étnica e cultural das comunidades. Segundo um estudo realizado no Brasil, os procedimentos mais realizados foram às restaurações de amálgama e resina, exodontias, raspagem, alisamento e polimento periodontal, curativo de demora e drenagem de abscesso dentoalveolar, dados semelhantes ao presente estudo que apresentou o predomínio das mesmas intervenções terapêuticas¹⁹.

“Aqui faz restauração, extração dentária, faz limpeza, profilaxia, raspagem. Fazemos esses procedimentos aqui. E assim, as outras áreas mais específicas, prótese dentária que agora eles estão disponibilizando prótese dentária, a gente encaminha para o CEO (CD1).”

“Na grande maioria extração, extração é recorde, mas a gente faz também muita raspagem, tem pacientes que tem que fazer duas a três sessões de raspagem, restauração (CD15).”

“Então, o perfil do paciente mudou muito dentro de dois anos, de extração dentária que estavam com uma necessidade maior de fazer, com muito resto radicular, hoje vem gente só precisando fazer uma limpeza, porque os cuidados já são outros (CD8).”

“[...] algumas cirurgias de terceiro molar eu faço como tenho facilidade para fazer, então às vezes dificulta o paciente ir para o CEO fazer, porque chega lá e não tem vaga para ele, demora (CD2).”

Diante do exposto, compreende-se a importância da equipe de saúde bucal na promoção de mudanças neste sistema hegemônico centrado na assistência curativista em que há o predomínio das extrações dentárias. Mas também, a conscientização da população acerca dos cuidados preventivos e primários. Além disso, a referência e a contrarreferência também colaboram para a continuidade do cuidado, mesmo diante da dificuldade na oferta das vagas para os procedimentos especializados.

CLASSE IV – LIMITAÇÕES NA INFRAESTRUTURA E NA AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO

Essa categoria mencionada é constituída de termos como: material (x2= 69,96), faltar (x2= 45,55), parado (x2= 34,78), dificuldade (x2= 34,61), por exemplo. Diante disto, identifica os principais entraves na prestação da assistência odontológica no setor público, como a escassez dos materiais utilizados nos procedimentos odontológicos.

Comumente, verifica-se em instituições públicas a falta de instrumentais e materiais e a inexistência de um sistema de manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos. Além disso, o processo burocrático das licitações, bem como, os déficits na administração das unidades sobre a compra de insumos necessários para a continuidade dos atendimentos também comprometem o bom funcionamento da atenção primária. Inclusive, a descentralização garante uma maior autonomia para o município, contudo, percebem-se limitações na organização, o que contribui para precárias condições de trabalho, restrições na assistência, menor resolutividade da demanda, e consequentemente, o não cumprimento do princípio básico da integralidade²⁰.

“Então, a escassez de material de consumo eu diria que é uma dificuldade, porque a gente gosta de olhar um armário de estoque e saber que aquilo não vai faltar e você atender com conta gota de material de consumo não é legal (CD2).”

“A gente tem que esperar o material e atrasa. E nesse meio tempo a gente fica parada porque não tenho material para atender. Às vezes a cadeira dá defeito, às vezes o compressor dá defeito e isso atrasa o atendimento dos pacientes, essas questões (CD1).”

“A gente tem sempre que se reinventar aqui, se faltou uma coisa a gente tem que ver com outra porque a gente não pode ficar dizendo não, tem pacientes que precisam muito, que não pode estar aqui direto, que mora longe (CD13).”

“[...] e assim com a equipe você tem que ter jogo de cintura, você tem que colocar o coração acima (CD14).”

Ao iniciar o tratamento odontológico, o usuário passa por uma avaliação das condições de saúde bucal e é traçado um Plano Preventivo Terapêutico (PPT) que norteará os atendimentos das próximas consultas e contribuirá para a resolutividade de suas necessidades. Contudo, para evitar a paralisação do serviço e a evasão dos

usuários é necessário o fornecimento adequado de materiais odontológicos às unidades de saúde para que os tratamentos iniciados sejam concluídos¹³. Assim como foi observado no presente estudo, a dificuldade no fornecimento de materiais para o atendimento odontológico e na manutenção preventiva de alguns equipamentos podem limitar a utilização do serviço de saúde bucal do município.

CLASSE V – FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

A classe V é constituída de termos como: profissional (x2= 47,91), trabalho (x2= 34,94), prática (x2= 23,65), ajudar (x2= 22,36), entre outros. Assim sendo, retratam as práticas durante a graduação que contribuíram para a formação profissional dos cirurgiões-dentistas e as mudanças nas condutas no decorrer da rotina de atendimento.

Os graduandos buscam desenvolver habilidades técnicas, mas, sobretudo pessoais e humanas. Partindo do pressuposto que ao concluírem a graduação estarão imersos em uma realidade diversa e com um funcionamento específico do sistema de saúde, é primordial o desenvolvimento de estágios nos serviços públicos de saúde durante a formação, momento oportuno para compreender o SUS como cenário de atuação profissional. Em consonância, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia (DCNs) orientam que a aprendizagem deve incluir a atenção integral à saúde, o trabalho em equipe interprofissional, práticas alicerçadas nos princípios da promoção da saúde, das políticas públicas, da epidemiologia e do planejamento e gestão de serviços de saúde, considerando os determinantes sociais²¹.

Além disso, as DCNs também preconizam que a atuação dos cirurgiões-dentistas precisa estar pautada na integralidade do cuidado através da implementação de ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde individual e coletiva. Ademais, os mesmos devem exercer a profissão de maneira articulada com o contexto social, econômico, cultural e ambiental com ênfase na identificação das condições de vida que determinam o processo saúde-doença da população²¹.

“A gente vem para a unidade de saúde, acompanha, faz as práticas. Sim, me ajudou muito. Esse contato que a gente teve com a unidade de saúde, de conhecer os princípios, os profissionais (CD1).”

“[...] enquanto estudante ver outro profissional, você aprende até na questão da comunicação, da questão da prática mesmo, ajudou muito, ajudou muito mesmo (CD14).”

“Assim, é fundamental para o acadêmico ter esse contato, porque eu percebo que alguns dentistas que vieram de universidades privadas, por terem uma grade curricular diferente, eles ficam meio perdidos quando chegam no SUS (CD2).”

“[...] eu acho que hoje os profissionais de saúde desenvolvem mais ações preventivas, antes era muito a questão de curar, mas, acho que hoje é mais preventivo mesmo (CD1).”

Os trechos das entrevistas exemplificam e demonstram a significativa contribuição das visitas e/ou estágios nas unidades de saúde durante a graduação para a conduta profissional e comunicação com os pacientes. Além disso, relatam a percepção de alterações no perfil dos dentistas, à medida que, os mesmos estão mais humanos, éticos, sensíveis e comprometidos com as prioridades da saúde coletiva e das DCNs.

O presente estudo teve como centro de análise o papel dos cirurgiões-dentistas que atuam nas unidades de saúde da família de um município do interior da Bahia, permitindo compreender aspectos que envolvem a rotina de trabalho em uma comunidade, mas também, a percepção destes profissionais acerca da influência da formação com o exercício prático de seus atributos. Novos estudos são necessários para analisar a conduta de cirurgiões-dentistas inseridos na Atenção Primária à Saúde e o impacto da formação em suas atividades profissionais.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o papel dos cirurgiões-dentistas deste estudo ainda está pautado em ações tecnicistas e curativistas, com baixa adesão as ações de prevenção e de promoção à saúde. Ademais, observou-se limitações no atendimento odontológico devido a dificuldade no fornecimento de materiais e na manutenção preventiva de alguns equipamentos odontológicos.

REFERÊNCIAS

1. 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). Ciênc. Saúde Coletiva. 2018;23(6):1903-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
2. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. Saúde e Debate. 2018;42(1):18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>
3. Silva NC, Rocha MP, Aragão GC, Feres AB, Marques TB, Silva EB. Inclusão da saúde bucal na estratégia de saúde da família: dificuldades e potencialidades. Rev Psicologia. 2019; 13(48):243-53. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v13i48.2158>
4. Reis WG, Scherer MD, Carcereri DL. O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde: entre o prescrito e o real. Saúde e Debate. 2015; 39(104):56-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040608>

5. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES N. 3. Estabelece as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia. Diário Oficial da União; 2021; Seção 1.
6. Pinheiro IA, Noro LR. Egressos de odontologia: o sonho da profissão liberal confrontado com a realidade da saúde bucal. Rev ABENO. 2016;16(1):13-24. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v16i1.217>
7. Andrade AB, Fonseca ID, Oliveira AJ, Santos LD, Carneiro CC. Perfil e percepção dos profissionais egressos de um curso de odontologia. REVISA. 2021; 411-22. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p411a422>
8. Jesus SS. Pesquisa científica: uma abordagem sobre o método qualitativo. Rev Ciranda. 2019;1(3):168-80.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Painéis de Indicadores da Atenção Primária à Saúde. [acesso em 03 jul 2023]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-bucal>.
10. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em Psicologia. 2013; 21(2): 513–18. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2013000200016&script=sci_abstract
11. Silva CV, Spiger V, Amante CJ. Perfil e expectativas profissionais de concluintes do curso de graduação em odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Rev ABENO. 2018;18(3):35-42. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i3.537>
12. Martin ASS, Chisini LA, Martelli S, Sartori LR, Ramos EC, Demarco FF. Distribuição dos cursos de odontologia e de cirurgões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. Rev ABENO. 2018;18(1):63-73. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i1.399>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
14. Bizerril DO, Saldanha KD, Silva JP, Almeida JR, Almeida ME. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2015;10(37):1-8. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1020](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1020)
15. Paranaíba GD, Alves LK, Rocha AP. A importância da atuação do cirurgião-dentista na atenção básica: uma revisão bibliográfica. Res, Society and Developm. 2022;11(14):3011-4359. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.35962>

16. Oliveira MT, Farias MR, Vasconcelos MI, Brandão IR. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. *Physis*. 2022;32(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312022320106>
17. Franke CM, Ianiski VB, Haas LC. O atendimento compartilhado na perspectiva da atuação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde. *Rev Contexto & Saúde*. 2018;18(35):111-5. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.111-115>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CASAPS). Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
19. Neves M, Giordani JM, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc e Saúde Colet*. 2019; 24(5):1809-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017>
20. Limão NP, Ferreira Filho JCC, Protásio APL, Santiago BM, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da atenção primária à saúde. *Rev Bras Prom Saúde*. 2016;29(1):84-92. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p84>
21. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 21 jun. 2021. Brasília: Ministério da Educação; 2021. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file>