

Promoção da saúde realizada pela Estratégia de Saúde Bucal em municípios do sul do Brasil

Health promotion carried out by the Oral Health Strategy in municipalities in southern Brazil

Promoción de la salud realizada por la Estrategia de Salud Bucal en municipios del sur de Brasil

Recebido: 28/07/2021 | Revisado: 08/08/2021 | Aceito: 11/08/2021 | Publicado: 15/08/2021

Alexandre Lazzari Konflanz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8511-7499>
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil
E-mail: alexandre.lk@unochapeco.edu.br

Sinval Adalberto Rodrigues Junior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4475-1725>
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil
E-mail: rodriguesjunior.sa@unochapeco.edu.br

Fátima Ferretti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0326-2984>
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil
E-mail: ferretti@unochapeco.edu.br

Junir Antonio Lutinski

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0149-5415>
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Brasil
E-mail: junir@unochapeco.edu.br

Resumo

A promoção da saúde é definida como o processo de capacitação de uma população para que atue na melhoria da sua qualidade de vida. A Política Nacional de Saúde Bucal estabelece que serviços de atenção à saúde bucal devam ter caráter de atenção integral, com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos. Esse estudo teve como objetivo descrever as ações de promoção da saúde realizadas pela Estratégia de Saúde Bucal em municípios do sul do Brasil. Trata-se de um estudo realizado em sete municípios catarinenses e gaúchos. Participaram 49 cirurgiões-dentistas que atuam na rede de Atenção Básica. Foi aplicado um questionário semiestruturado com questões voltadas à identificação das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos participantes. Entre as ações, prevaleceram as palestras junto a grupos específicos (79,6%). Observou-se integração entre as ações dos Cirurgiões dentistas e os demais profissionais da Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Sistema único de saúde; Vulnerabilidades em saúde.

Abstract

Health promotion is defined as the process of training a population to act improving their quality of life. The Brazilian National Oral Health Policy establishes that oral health care services must have a comprehensive care character, with a focus on health promotion and disease prevention. This study aimed to describe the health promotion actions carried out by the Oral Health Strategy in municipalities in southern Brazil. This is a study carried out in seven municipalities in States of Santa Catarina and Rio Grande do Sul. In all 49 dentists who work in the Primary Care network participated. A semi-structured questionnaire was applied with questions aimed at identifying the health promotion actions developed by the participants. Among the actions, training to specific groups prevailed (79.6%). It was observed integration between the actions of dental surgeons and other professionals in primary care.

Keywords: Primary health care; Family health strategy; Sistema único de saúde; Health vulnerabilities.

Resumen

La promoción de la salud se define como el proceso de formación de una población para que actúe para mejorar su calidad de vida. La Política Nacional de Salud Bucal establece que los servicios de salud bucal deben tener un carácter de atención integral, con foco en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Este estudio tuvo como objetivo describir las acciones de promoción de la salud llevadas a cabo por la Estrategia de Salud Bucal en municipios del sur de Brasil. Se trata de un estudio realizado en siete municipios de Santa Catarina y Rio Grande do Sul. Participaron 49 odontólogos que laboran en la red de Atención Primaria. Se aplicó un cuestionario semiestruturado con preguntas orientadas a identificar las acciones de promoción de la salud desarrolladas por los participantes. Entre las acciones, predominaron las conferencias con grupos específicos (79,6%). Se observó integración entre las acciones de los odontólogos y otros profesionales de atención primaria.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Estrategia de salud de la familia; Sistema único de salud; Vulnerabilidades de salud.

1. Introdução

A promoção da saúde possui como característica o desenvolvimento da autonomia numa determinada população por meio de práticas ou formas de agir que melhorem sua qualidade de vida, a partir do fortalecimento da construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, reorientação dos serviços de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais (WHO, 1986). Para que estas ações se concretizem, é necessário combater as iniquidades sociais além de realizar constante revisão das políticas públicas de saúde (Verdi & Caponi, 2005; Ferraz & Kraiczky, 2017).

No Brasil, como forma de enfrentamento às iniquidades sociais e direcionamento das ações realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2006). Esta política passou por um processo de redefinição no ano de 2014 e, atualmente, suas diretrizes estão voltadas à diminuição das iniquidades sociais, além do incentivo à participação da comunidade através do empoderamento dos indivíduos e da difusão de informações (Brasil, 2014).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) estabelece que serviços de atenção à saúde bucal devem ter caráter de atenção integral, com foco na promoção da saúde e na prevenção de agravos (Brasil, 2004). No entanto, Heidemann, Wosny & Boehs (2014) relataram a falta de conhecimento de muitos profissionais da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o entendimento e diferenciação dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de agravos, apontando para a necessidade de uma melhor compreensão sobre as ações que vem sendo desenvolvidas.

As ações odontológicas encontram-se entre as atividades realizadas na saúde coletiva (Brasil, 2004). Desta forma, é possível combater situações de risco que possam acometer a população, materializando a participação do cirurgião-dentista (CD) na equipe multidisciplinar para as práticas de promoção da saúde (Brasil, 2004; Almeida et al., 2016). Este profissional contribui na transformação do estado de saúde dos indivíduos de uma comunidade, atuando como um agente multiplicador de saúde (Oliveira et al., 2016).

Neste contexto, é possível afirmar que a humanização do atendimento e acolhimento, a disponibilidade de profissionais especializados e a comunicação entre os diversos serviços de saúde são fatores que contribuem para o aumento da resolutividade das ações das equipes de atenção básica em saúde (Bousquat et al., 2017). Ainda, a satisfação de usuários tem se mostrado um condicionante da qualidade dos serviços de saúde (Sobreira, Vasconcellos & Portela, 2012). Entretanto, estas avaliações vêm sendo realizadas de forma sucinta e unilateral, sem considerar as opiniões de profissionais relacionados com o cuidado em saúde (Bordin et al., 2017).

Sobre a inserção da ESB na ESF em todo o Brasil, há relatos envolvendo municípios de pequeno porte, de grande porte, metrópoles, Estados da Federação, distritos sanitários e Regiões de Saúde (Martins & Aguiar, 2011; Palacio et al., 2014). Contudo, a literatura sobre este tema em municípios dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina é escassa.

Dessa forma, esse estudo analisou a organização das ações de promoção da saúde realizadas pela ESB em municípios do sul do Brasil.

2. Metodologia

2.1 Caracterização do estudo

Trata-se de estudo observacional foi conduzido com uma abordagem quantitativa descritiva e corte seccional (Yin, 2015). A conveniência ao acesso foi o fator que determinou a escolha dos municípios contemplados, sendo eles: Chapecó (27° 05' 47" S; 52° 37' 06" W), Xaxim (26° 57' 42" S; 52° 32' 05" W) e Xanxerê (26° 52' 37" S; 52° 24' 15" W) no Estado de Santa

Catarina (SC) e os municípios de Frederico Westphalen (27° 21' 33" S; 53° 23' 40" W), Crissiumal (27° 29' 59" S; 54° 06' 04" W), Vicente Dutra (27° 09' 43" S; 53° 24' 19" W) e Caiçara (27° 16' 28" S; 53° 25' 56" W) no Estado do Rio Grande do Sul (RS).

O estudo incluiu municípios de Pequeno porte I (Caiçara, Crissiumal e Vicente Dutra, RS) e II (Frederico Westphalen, RS e Xaxim, SC), médio porte (Xanxerê, SC) e grande porte (Chapecó, SC), pertencentes a dois Estados distintos da Unidade Federativa do Brasil: Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS). A população dos municípios variou entre 4.745 e 224.013 pessoas. O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) variou entre 0,638 e 0,790 (IBGE, 2020). A pesquisa foi realizada no período entre outubro e novembro do ano de 2018.

2.2 Amostra

O município de Chapecó/SC conta com 29 eSB, atendendo uma população de 100.500 habitantes e a soma das eSB dos demais municípios totalizou 18 (IBGE, 2020). Considerando que cada eSB possui, no mínimo, 1 CD, propôs-se obter um número aproximado de 47 profissionais. Estas informações, disponíveis na plataforma online da Sala de Apoio à Gestão Estratégia (SAGE) do Ministério da Saúde, tem como data de referência o mês de março do ano de 2017, o que indicava haver a possibilidade de que as mesmas tivessem sofrido alterações até o período de coleta de dados do presente estudo. Desta forma, propôs-se um censo.

Foram incluídos no estudo os CD que realizavam no mínimo 20 horas semanais de trabalho em ESF e que estavam atuando há pelo menos seis meses na ESB. Primeiramente, entrou-se contato com a coordenação dos serviços de saúde bucal dos municípios supracitados para obter a informação sobre o número de CD que atenderiam aos critérios de elegibilidade do presente estudo, solicitando também informação sobre a maneira mais adequada para a realização do contato com os mesmos. Em seguida, os profissionais foram contatados para esclarecer os objetivos da pesquisa e de que forma ela aconteceria, solicitando sua participação na mesma e agendando data e horário conforme disponibilidade dos CD.

2.3 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado adaptado do modelo de Souza (2005), abordando questões sobre a organização das ações de promoção da saúde realizadas pela ESB. O mesmo foi aplicado pelo pesquisador que se deslocou até as UBS onde trabalhavam os CD participantes do estudo.

2.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no software *Microsoft Office Excel* e posteriormente analisados quanto à frequência utilizando o mesmo software.

2.5 Aspectos éticos

Os municípios foram incluídos no estudo mediante carta de ciência e concordância do gestor municipal de saúde. Os participantes concordaram em fazer parte da pesquisa mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (unochapecó) sob parecer número 2.841.078.

3. Resultados

Entre os municípios de pequeno porte I e II e de médio porte, participaram do estudo 25 CD. No município de Chapecó (grande porte), foram 24, totalizando 49 CD.

A maioria dos CD do RS (55,6 %) e SC (77,5 %) relatou não participar de entidade/organização social. Entre as entidades citadas, a prevalência foi do Conselho Municipal de Saúde, com 33,3% e 10%, respectivamente. A participação em capacitações ou treinamentos após o ingresso no serviço foi relatada por 33,3% dos profissionais do RS e 82,5% de SC (Tabela 1).

Tabela 1 - Participação de Cirurgiões-Dentistas da Estratégia de Saúde da Família de sete municípios do sul do Brasil em entidade/organizações sociais e capacitações ou treinamentos após o ingresso no serviço, 2018.

Entidade / Organização social	Contagem (n)	Percentual (%)
Rio Grande do Sul		
Conselho Municipal de Saúde	3	33,3
Sindicato dos trabalhadores	1	11,1
Associações	-	-
Não participa	5	55,6
Outros	-	-
Não respondeu	-	-
Santa Catarina		
Conselho Municipal de Saúde	4	10,0
Sindicato dos trabalhadores	-	-
Associações	1	2,5
Não participa	31	77,5
Outros	3	7,5
Não respondeu	1	2,5
Capacitação/treinamento		
Rio Grande do Sul		
Sim	3	33,3
Santa Catarina		
Sim	33	82,5

Fonte: Autores (2020).

No RS, 100% dos CD possuem área de abrangência definida, sendo que 77,8% possuem mapeamento dessa área. Em SC, 97,5% possuem área definida e 92,5% possuem mapeamento da mesma. A realização esporádica de atividades preventivas durante a espera de pacientes foi afirmada por 55,6% dos CD dos municípios gaúchos, enquanto 44,4% afirmaram nunca realizar tais atividades. Ao todo, apenas 27,5% dos CD dos municípios catarinenses afirmaram que realizam esporadicamente atividades preventivas durante a espera de pacientes enquanto que a maioria (72,5%) afirmou nunca realizar. Um percentual de 77,8% dos CD dos municípios gaúchos afirmou nunca utilizar dados epidemiológicos da população para o planejamento das suas ações. Em SC este percentual foi menor, sendo que 35% afirmaram nunca utilizar, 27,5 % utilizam esporadicamente e 27,5% sempre utilizam.

Verificou-se que o acesso ao serviço de saúde bucal se dá por meio da livre demanda na maioria dos casos (53,1%), seguido por agendamento e distribuição de fichas, ambos com 30,6%. Ao todo, 59,2% dos CD estabelecem prioridades para a realização dos tratamentos e 34,7% afirmaram nunca haver avaliação das metas em saúde bucal (Tabela 2).

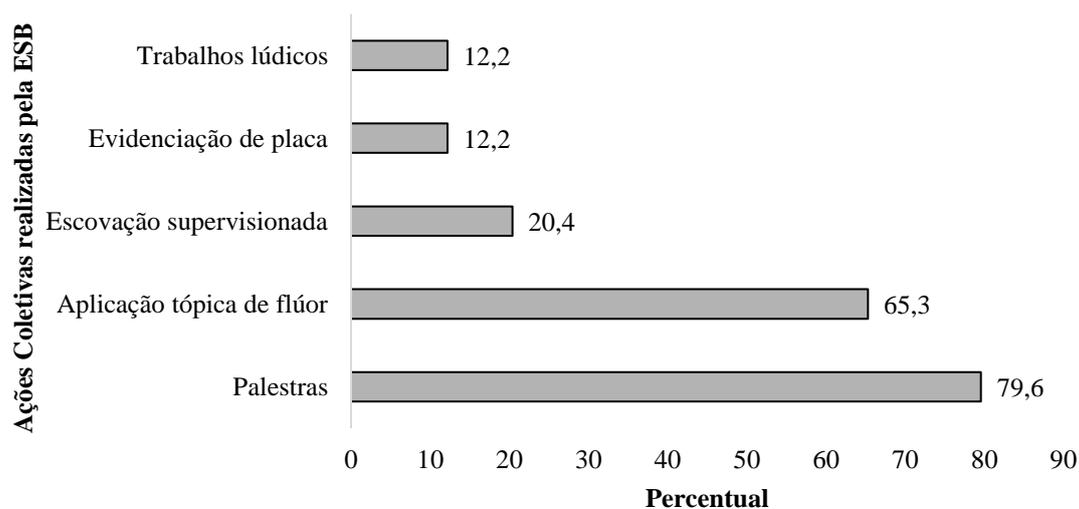
Tabela 2 – Forma de acesso da população aos serviços de saúde bucal, definição das prioridades de tratamento e avaliação das metas em saúde bucal de Cirurgiões-Dentistas de sete municípios do sul do Brasil, 2018.

Acesso ao serviço de saúde bucal	Contagem (n)	Percentual (%)
Agendamento	15	30,6
Distribuição de fichas	15	30,6
Demanda espontânea	26	53,1
Outros	14	28,6
Prioridades de tratamento		
Dados epidemiológicos	7	14,3
Mapa da área de abrangência	1	2,0
Não estabelece prioridades	19	38,8
Outros	19	38,8
Dados epidemiológicos e mapa da área	2	4,1
Não respondeu	1	2,0
Avaliação das metas em saúde bucal		
Sempre	10	20,4
Esporadicamente	21	42,9
Nunca	17	34,7
Não respondeu	1	2,0

Fonte: Autores (2020).

Entre as atividades coletivas realizadas pela ESB nos municípios, prevaleceram palestras (79,6%) e aplicação tópica de flúor (65,3%) (Figura 1).

Figura 1 - Atividades coletivas realizadas por Cirurgiões-Dentistas da Estratégia de Saúde da Família de sete municípios do sul do Brasil, 2018.



Fonte: Autores (2020).

No RS, 44,4% dos CD relataram realizar visitas domiciliares “somente quando necessário”, seguido por 33,3% que não realizam tal atividade. Em SC, 35% realizam visitas domiciliares “somente quando necessário” e 25% realizam de 2 a 3 vezes por mês (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência das visitas domiciliares realizadas por Cirurgiões-Dentistas em sete municípios do sul do Brasil, 2018.

Frequência das visitas domiciliares	Contagem (n)	Percentual (%)
Rio Grande do Sul		
Menos de 1 vez por mês	1	11,1
1 vez por mês	1	11,1
2 a 3 vezes por mês	-	-
4 vezes ao mês	-	-
Somente quando necessário	4	44,4
Não são realizadas	3	33,3
Não respondeu	-	-
Santa Catarina		
Menos de 1 vez por mês	3	7,5
1 vez por mês	6	15
2 a 3 vezes por mês	10	25
4 vezes ao mês	2	5
Somente quando necessário	14	35
Não são realizadas	4	10
Não respondeu	1	2,5

Fonte: Autores (2020).

Um total de 79,6% dos CD sempre participa de reuniões de planejamento que ocorrem de forma conjunta entre ESB e ESF e 59,2% relataram sempre realizar ações conjuntas entre estas equipes. Já, as ações da ESB com outros setores ocorrem de forma esporádica segundo 42,9% dos profissionais, sendo que 14,3% destes afirmaram que estas ações nunca ocorrem (Tabela 4).

Tabela 4 – Trabalho intersetorial realizado por Cirurgiões-Dentistas de sete municípios do Sul do Brasil, 2018.

Reuniões de planejamento (ESB e ESF)	Contagem	Percentual
Sempre	39	79,6
Esporadicamente	6	12,2
Nunca	3	6,1
Não respondeu	1	2,0
Ações conjuntas entre ESB e ESF		
Sempre	29	59,2
Esporadicamente	18	36,7
Nunca	1	2,0
Não respondeu	1	2,0
Ações conjuntas entre ESB e outros setores		
Sempre	21	42,9
Esporadicamente	21	42,9
Nunca	7	14,3

Fonte: Autores (2020).

4. Discussão

Percebe-se que após o ingresso na ESF os CD do RS tiveram um percentual inferior de capacitações ou treinamentos quando comparados com os CD de SC. De uma forma geral, a maioria das equipes possui área de abrangência definida bem como o mapeamento desta área, entretanto, somente 2% utilizam estes dados para estabelecer prioridades das ações de promoção da saúde, prevenção e de tratamento (Kusma, Moyses & Moyses, 2012). A forma de acesso aos serviços de saúde bucal em ambos os estados, apesar de possuir algumas fragilidades, está adequada. Com relação aos dados epidemiológicos, nos dois estados percebe-se que um percentual relevante de CD não os utiliza para o planejamento de suas ações e, ainda, a maioria dos CD não participa de equipamentos/organizações sociais.

Oliveira (2014) relatou a necessidade de que servidores públicos orientem a população sobre a importância de sua participação em entidades ou organizações sociais como forma de qualificar a gestão pública de uma forma mais democrática. Ressaltou ainda, a carência na formação de servidores que realizem esta orientação. Outro estudo realizado por Tadeu, Avelino & Silva (2014) na região leste do Estado de Minas Gerais, apontou a necessidade da realização de capacitações para Conselheiros Municipais de Saúde, com o intuito de que estes desempenhem suas funções de forma mais adequada. Nesse sentido, os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de que os CD reorganizem sua forma de trabalho voltada à participação social, tanto com relação à sua inserção em organizações/equipamentos sociais quanto na orientação da população sobre tais atividades.

Brasil (2013) afirma que, apesar de ser necessário que os CD da atenção básica realizem o acompanhamento de seus pacientes, também é preciso que estes profissionais estejam preparados para casos que não são previsíveis, justificando a importância do acolhimento através da demanda espontânea. Desta forma, Santos & Hugo (2018) relataram que apesar de a maioria (73,8%) das ESB de todo o Brasil agendarem a maior parte de seus atendimentos, 90% delas oferecem acesso ao serviço de saúde bucal também através da demanda espontânea. Sobrinho et al. (2015) afirmaram que, no Estado de Pernambuco, 80,3% das ESB realizam atendimento através de demanda espontânea. Apesar do percentual ligeiramente inferior, os resultados do presente trabalho corroboram com os estudos supracitados, já que a maioria (53,1%) das ESB dos municípios amostrados do sul do Brasil oferecem acolhimento através da demanda espontânea.

De acordo com relato dos CD participantes do estudo, quando o acesso se dá por meio de agendamento, o número de faltas às consultas se eleva. O fato de o agendamento ocorrer de acordo com a disponibilidade dos serviços resulta no esquecimento da agenda por alguns pacientes. Em outros casos, dada a urgência na busca pelo serviço, alguns também buscam atendimento em clínicas particulares (Reis, Scherer & Carcereri, 2015). Contudo, os achados do presente trabalho apontam para uma boa organização na forma de acesso aos serviços de saúde bucal nos municípios avaliados, tendo em vista que a maior parte dos atendimentos se dá de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, com a demanda espontânea (Brasil, 2013).

Sobrinho et al. (2015) observaram que a avaliação de risco é realizada pela maioria (80,3%) dos profissionais da ESB. Corroborando essa informação, o presente estudo evidenciou que a maioria (59,2%) dos CD participantes do presente estudo estabelecem prioridades para a realização dos tratamentos. Estes dados apontam para a necessidade de qualificar ainda mais este resultado, pois o percentual de profissionais que não estabelecem prioridades para tratamentos (38%) tem potencial para gerar uma fragilidade que afeta diretamente uma parte da população que possui maior necessidade de ser beneficiada com ações de promoção de saúde bucal.

No Brasil, 66,3% dos CD possui alguma forma de compartilhamento de agenda entre ESB e ESF e 78,3% destes profissionais realizam visitas domiciliares (Santos & Hugo, 2018). No presente trabalho, observou-se que 79,6% dos CD sempre participam de reuniões de planejamento entre ESB e ESF, 59,2% sempre realizam ações conjuntas entre estas duas equipes e 42,9% participam de ações da ESB com outros setores da rede de atenção à saúde. Contudo, 14,3% afirmaram que estas ações

nunca ocorrem em seus respectivos municípios. Quanto às visitas domiciliares, 33,3% dos CD do RS e 10% de SC não as realizam. Esta interação entre a ESB com a ESF e ainda com demais setores, somadas à realização das visitas domiciliares, mesmo que eventualmente, contribuem para uma prática eficaz para a promoção da saúde de uma forma integral. Entretanto, é preciso aproximar cada vez mais as ações entre ESB e ESF como forma de elevar a qualidade das ações de promoção da saúde.

A realização de avaliação dos serviços ofertados em saúde bucal é indispensável para o planejamento dos mesmos, devendo-se sempre levar em conta a realidade de determinada população através de dados epidemiológicos (Rios & Colussi, 2019). Nos achados do presente estudo, 34,7% dos CD afirmaram nunca haver avaliação das metas em saúde bucal, e 77,8% dos profissionais do RS e 35% de SC afirmaram não utilizar dados epidemiológicos para o planejamento de suas ações. Neste sentido, evidencia-se uma fragilidade com relação à organização das ações de promoção da saúde.

A territorialização e a construção de um mapa do território possibilitam uma aproximação da equipe de atenção básica com a realidade de sua população, proporcionando um planejamento mais adequado de suas ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde (Barbosa Neto et al., 2017). Neste estudo evidenciou-se que, dentre os municípios participantes do RS, 100% dos CD possui área de abrangência definida, sendo que 77,8% possuem mapeamento dessa área. Da mesma forma, em SC, 97,5% possuem área definida e 92,5% possuem mapeamento da mesma. Estes dados indicam que a ESB dos municípios possui formas de trabalho capazes de promover a saúde de acordo com o que é preconizado pelo SUS, aproximando as equipes da realidade de sua população, possibilitando um trabalho com ações resolutivas, elevando a qualidade de vida dos indivíduos.

Existe um evidente distanciamento entre o ensino nos cursos de graduação em Odontologia e o modelo de trabalho preconizado no SUS, acarretando em uma prática que dificulta a criação de vínculo entre o profissional e o paciente e que não atende o usuário de maneira integral (Bastos et al., 2018). Além desta fragilidade nos cursos de graduação, somente 34% dos CD das ESB de todo o Brasil possuem especialização ou residência em saúde da família e esta maioria que não possui tal capacitação apresenta percentuais menores de compartilhamento de agenda, oferta de atividades promotoras de saúde bucal, realização de visitas domiciliares e definição de prioridades de tratamento (Santos & Hugo, 2018). Considerando estes achados e ainda os diferentes percentuais apresentados entre os estados incluídos no presente estudo (33,3% para RS e 82,5% para SC) com relação à participação do CD em capacitações ou treinamentos após o ingresso na ESB/ESF, há a necessidade de se trabalhar de maneira mais adequada a capacitação dos profissionais, especialmente no RS, para que estes desempenhem suas funções de modo a abranger mais integralmente os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS.

Como forma de cumprir com o princípio da equidade preconizado pelo SUS, emerge a educação em saúde, que pode ser desenvolvida tanto de maneira individual quanto coletiva (Brasil & Santos, 2018). Os profissionais da saúde em geral devem estar devidamente capacitados para esta função. Porém, aspectos relacionados à gestão, como a disponibilidade de recursos e a cobrança para realização de procedimentos clínicos também condicionam a qualidade das ações (Brasil & Santos, 2018). Atividades lúdicas envolvem de maneira mais eficaz as crianças em fase pré-escolar nas atividades de promoção de saúde, e palestras para os responsáveis pelas crianças geram resultado positivo também para a saúde bucal das mesmas (Corrêa et al., 2019). Ainda, aplicando às crianças a tarefa de escovação dental com supervisão utilizando creme dental fluoretado, além de ser possível educá-las com relação à higiene bucal e utilização de flúor, observou-se melhoria do quadro geral de saúde bucal (Corrêa et al., 2019).

No presente trabalho verificou-se que entre as atividades coletivas realizadas pela ESB nos municípios estudados, prevalecem palestras (79,6%) e aplicação tópica de flúor (65,3%). Já outras atividades como trabalhos lúdicos e evidênciação de placa apresentam percentuais ligeiramente inferiores. Entre as ações realizadas no momento da prática clínica, a orientação profissional sobre métodos preventivos foi citada por 89,8% dos CD. Observa-se, assim, a necessidade de explorar mais a educação em saúde através da criatividade ao lançar mão de atividades individuais ou coletivas para tal função.

5. Conclusão

A estratégia de saúde bucal nos municípios avaliados cumpre contribui para o atendimento aos objetivos da atenção básica e contribui com pelo menos três das dimensões previstas pela Carta de Otawa no que tange a promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais. O engajamento entre ESB e ESF ocorre de forma clara e as ações entre ESB e demais setores também são desenvolvidas. Há áreas de abrangência definidas bem como mapeamento dessas áreas facilitando o planejamento das ações de promoção da saúde. A organização da ESB nos municípios contemplados no estudo aponta para uma consolidação da prestação de serviço em saúde bucal e há evidências de engajamento desta estratégia em ações de promoção da saúde. Contudo, recomenda-se estudos adicionais para verificar se este padrão se mantém ao longo do tempo e se aplica a um contexto mais abrangente na região ou no país.

Agradecimentos

À Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (FAPESC) pela concessão de bolsas de estudos. Ao Programa de FAPESC de Recursos Humanos em CTI, bolsa de Mestrado.

Referências

- Almeida, R. C. C., Baia, A. E. C., Gonçalves, L. L., Carneiro, S. V., & Silva, C. H. F. (2016). *Promoção de saúde bucal para pacientes internados em hospitais de média complexidade*. In: Jornada odontológica dos acadêmicos da católica – JOAC. 2(2).
- Barbosa Neto, H. J., Mesquita, F. O. S., Parente, A. S., Silva, D. I. R. S., Nascimento, E. P., Silva, P. K. M., Silva, T. I. M., & Cruz, Y. P. (2017). Relato de experiência das atividades de territorialização por residentes multiprofissionais em saúde coletiva. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*. 11(39), 292-299.
- Bastos, B. R. M., Clara, A. S., Fonsêca, G. S., Pires, F. S., Souza, C. R., & Botazzo, C. (2018). Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação. *Revista da ABENO*. 17(14), 73-86.
- Bordin, D., Fadel, C. B., Moimaz, S. A. S., Garbin, C. A. S., & Saliba, N. A. (2017). Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 22(1), 151-160.
- Bousquat, A., Giovanella, L., Campos, E. M. S., Almeida, P. F., Martins, C. L., Mota, P. H. S., Mendonça, M. H. M., Medina, M. G., Viana, A. L. d'Á., Fausto, M. C. R., & Paula, D. B. (2017). Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 22(4), 1141-1154.
- Brasil (Ministério da Saúde). (2006). Portaria nº 648 de 28 de março de 2006: Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. Sec. 1, 71.
- Brasil (Ministério da Saúde). (2014). Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*. Sec. 1: 68.
- Brasil (Ministério da Saúde). (2004). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm
- Brasil (Ministério da Saúde). (2013). Cadernos de Atenção Básica: acolhimento à demanda espontânea. Editora do Ministério da Saúde. 28(1), 56 p.
- Brasil, P. R. C., & Santos, A. M. (2018). Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 28(4), 1-23.
- Corrêa, A. L., Emmi, D. T., Pinheiro, H. H. C., Barroso, R. F. F., Araújo, I. C., & Araújo, M. V. A. (2019). Atenção em saúde bucal na creche Sorena: relato de experiência de 17 anos promovendo saúde em pré-escolares. *Revista Conexão UEPG*. 2(15), 142-146.
- Ferraz, D., & Kraiczky, J. (2017). Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da Universidade Estadual Paulista*. 9(1), 70-82.
- Heidemann, I. T. S. B., Wosny, A. M., & Boehs, A. E. (2014). Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 19(8), 3553-3559.
- IBGE. (2020). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ibge cidades. Disponível em: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=ibge+cidades>
- Kusma, S. Z., Moyses, S. T., & Moyses, S. J. (2012). Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 28(supl), s9-s19.

- Martins, P., & Aguiar, A. S. W. (2011). Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: avanços e desafios da 11^a região de saúde do Ceará. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*. 10(1), 06-12.
- Oliveira, M. J. L., Oliveira, C. C., Oliveira, L. F. B., Maia, N. G. F., & Dias, V. O. (2016). Ações educativas em saúde bucal na sala de espera da clínica infantil: relato de experiência. *Revista Intercâmbio*. 7, 504-512.
- Oliveira, V. A. (2014). Participação popular na gestão pública: a carência de formação dos servidores públicos para a gestão participativa. 2014. 62 p. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em gestão e política pública). Fundação Escola de sociologia e política de São Paulo.
- Palacio, D. C., Vazquez, F. L., Ramos, D. V. R., Peres, S. V., Pereira, A. C., Guerra, L. M., Cortellazzi, K. L., & Bulgareli, J. V. (2014). Evolução do indicadores pós-implantação da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Einstein*. 12(3), 274-281.
- Reis, W. G.; Scherer, M. D. A., & Carcereri, D. L. (2015). O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde em Debate [online]*. 39(104), 56-64.
- Rios, L. R. F., & Colussi, C. F. (2019). Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 28(1), 1-7.
- Santos, N. M. L., & Hugo, F. N. (2018). Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(12), 4319-4329.
- Sobreira, P. G. P., Vasconcelos, M. T. L., & Portela, M. C. (2012). Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(11), 3099-3113.
- Sobrinho, J. E. L., Martelli, P. J. L., Albuquerque, M. S. V., Lyra, T. M., & Farias, S. F. (2015). Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde em Debate*. 39(104), 136-146.
- Souza, T. M. S. (2005). A incorporação da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial, 139 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.
- Tadeu, K. F. R., Avelino, L. C., & Silva, F. M. (2014). Estratégia de saúde da família: análise do conhecimento dos conselheiros municipais de saúde. *Revista UNINGÁ*. 41, 36-43.
- Verdi, M., & Caponi, S. (2005). Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto & Contexto Enfermagem*. 14(1), 82-88.
- WHO – World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. In.: International Conference for Health Promotion, 1. Ottawa/Can. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Yin, R.K. (2015). O estudo de caso. Porto Alegre: Bookman.