

## Promoção de Saúde Bucal no trabalho em áreas rurais: ecos de cirurgiões-dentistas

*Oral Health Promotion at the workplace in rural areas: echoes from dental surgeons*

Suyene de Oliveira Paredes<sup>1</sup>, Franklin Delano Soares Forte<sup>1,2</sup>, Maria Socorro de Araújo Dias<sup>2,3</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408604P

**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. A coleta dos dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com quatorze profissionais que atuavam em equipes de saúde bucal rurais do estado da Paraíba. 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 de solidariedade e humanização.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Promoção da saúde. Saúde da população rural.

**ABSTRACT** *This study included the work of dental surgeons of the Family Health Strategy, from the perspective of Oral Health Promotion (OHP) in rural territory. This is a cross-sectional and qualitative investigation. Data collection was performed through semi-structured interviews carried out with fourteen professionals who worked in rural oral health teams from the state of Paraíba. To understand and systematize the data, thematic content analysis was adopted. 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 limited 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 integrity and the values of solidarity and humanization.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health promotion. Rural health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.  
franklinufpb@gmail.com

<sup>2</sup>Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renasf) - Eusébio (CE), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) - Sobral (CE), Brasil.



## 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 saúde<sup>1</sup>, atualmente, considera ações que transcendem o fortalecimento de capacidades dos indivíduos e o campo da saúde, por representar um amplo processo político<sup>2</sup>. 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<sup>3-5</sup>.

Promover a saúde implica considerar as iniquidades que impactam diretamente o bem-estar, exigindo abordagens tanto inter-setoriais quanto intrasetoriais, abrangendo esforços coletivos e individuais<sup>5</sup>. Nesse contexto, reconhece-se que as populações residentes em áreas rurais são um grupo prioritário para iniciativas de promoção da saúde<sup>6-9</sup>. No âmbito intrasetorial, destaca-se a relevância das ações voltadas para a promoção da saúde bucal, visando a 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 PNSB<sup>10</sup>, assim como é um dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>11</sup>. Adicionalmente, a humanização das ações está entre as proposições da PNSB e entre os valores das políticas transversais do Sistema Único de Saúde (SUS), como a PNPS<sup>11</sup> e a Política Nacional de Humanização<sup>12</sup>. A articulação com outras políticas, como a de alimentação saudável, redução do tabagismo, acesso à água tratada e fluoretada, além da redução de fatores de risco para doenças bucais, é estratégia citada para alcançar PSB junto às coletividades<sup>10</sup>.

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<sup>7,8,13,14</sup>. Para muitas localidades rurais, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a única opção de assistência na atenção primária à saúde<sup>9,13,15,16</sup>. E, a respeito dos serviços de saúde bucal na ESF, apesar da expansão das equipes<sup>17</sup>, ampliação do acesso e do número de procedimentos<sup>18</sup>, 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 rurais<sup>17</sup>.

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

Além disso, existem outras adversidades peculiares às populações rurais, as quais extrapolam a abrangência do setor saúde e necessitam da parceria de outros setores<sup>24</sup>. 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<sup>9,16,22,25</sup>. Existem, ainda, as barreiras de linguagem ou culturais<sup>4,7</sup>, 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<sup>14,26</sup>. 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<sup>9,14</sup>.

Nas áreas rurais, as ações de PS mais evidenciadas dizem respeito às práticas educativas em grupo e ao modelo campanhista, com marca de descontinuidade<sup>14,25</sup>. 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 hospitalizações<sup>27</sup>, mas 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<sup>11,28</sup>, territorialidade, solidariedade<sup>11</sup> e humanização<sup>11,12</sup>, 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?

## Material e métodos

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<sup>11,28</sup>. 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 rurais<sup>29</sup>.

O estudo foi desenvolvido no estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil. Esse estado possui 56.467,242 km<sup>2</sup> e população de 4.059.905 habitantes<sup>30</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano em 2010 foi igual a 0,658<sup>30</sup>. 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 neve<sup>31</sup>. 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 14 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 PSB<sup>29</sup>.

Previamente às entrevistas, houve revisão dos aspectos potenciais de investigação, considerando a percepção e as práticas de PSB<sup>11,28</sup> 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 elas duas pesquisadoras e profissionais que atuavam em EqSB e uma 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 estudo<sup>32</sup>. As simulações foram supervisionadas por um pesquisador experiente na área de pesquisa qualitativa. Essa 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 dados<sup>29</sup>.

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 almejada<sup>33</sup>.

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 PSB<sup>28</sup>; como também nos valores e princípios da PNPS<sup>11</sup>, os quais se assemelham aos pilares e valores da PSB, sendo alguns deles comuns.

Realça-se que, embora para fins analíticos, tenham-se categorizado 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 temática<sup>34</sup>, 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 nº 466/2012<sup>35</sup>, nº 510/2016<sup>36</sup> e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Participaram deste estudo 14 cirurgiões-dentistas que compõem a 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*).

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> |

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

| Unidades      | Humanização e Solidariedade nas Ações  |
|---------------|--|
| Humanização   | ... 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)<br>... minha contribuição é cuidar... promover a saúde do paciente... Devolver a autoestima também, né, principalmente. Devolver sorrisos... (E6)   |
| 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 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)<br>... eu dificilmente encaminho 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) |

Fonte: elaboração própria.

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 de 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 quanto 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*).

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 têm mais... benefícios, que não precisa se deslocar, 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 à 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 carie. 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 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 protetorzinho 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 para 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 têm câncer bucal. Então, quando aparece assim, uma lesãozinha, já dou uma avaliadinha, eu já mando para o buco. O buco faz a biópsia. Já encaminhando, 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> |
| Rede de apoio resolutiva                                  | <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 encaminhando 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... Ai 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. Ai, 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>   |

Fonte: elaboração própria.

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 (CEO), para outras, inexistente qualquer pactuação que venha a garantir o mesmo direito e a 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 à 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 à 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*).

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                                    | <i>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 impactação 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)</i><br><i>... a gente ainda tem, no caso de algumas gestantes, uma resistência muito grande... Elas se sentem, muitas vezes, desconfortáveis e tal. Mas a gente tem conquistado, tem conquistado a confiança delas, e elas têm ido... (E9)</i> |
| Capacitação de usuários e/ou cuidadores para a tomada de decisões | <i>... 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)</i>   |
| Empoderamento da Comunidade                                       | <i>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)</i>  |

Fonte: elaboração própria.

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 dos setores governamentais o cumprimento das suas responsabilidades.

### Intrasetorialidade e Intersetorialidade nas Ações de Saúde Bucal

O princípio da intrasetorialidade tange à desfragmentação da atenção a partir de redes cooperativas e resolutivas no mesmo setor<sup>11</sup> como orientador das práticas dos



cirurgiões-dentistas e se materializou nos relatos dos cirurgiões-dentistas 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 Previne 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*).

Quadro 4. Unidades de análise da categoria 'Intrasetorialidade e Intersectorialidade nas Ações de Saúde Bucal' e depoimentos dos participantes

| Unidades  | Intrasetorialidade e Intersectorialidade nas Ações de Saúde Bucal   |
|---|---|
| Envolvimento dos profissionais da equipe na discussão de casos, no planejamento e nas metas do Previne Brasil | <p><i>E 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)</i></p> <p><i>... 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)</i></p> <p><i>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)</i></p> <p><i>... 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)</i></p>   |
| Participação dos profissionais nas campanhas e atividades envolvendo linhas de cuidado                        | <p><i>... todo ano tem ações Novembro Azul, né, Setembro Amarelo... eu tento trazer um pouco da odontologia... 'ah, hoje a gente vai tratar 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)</i></p> <p><i>... 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)</i></p> <p><i>... 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)</i></p> <p><i>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... Tavam esperando 10, 12 gestantes, não apareceu uma... tem esse lado que desestimula a gente... (E4)</i></p> <p><i>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)</i></p> <p><i>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)</i></p> <p><i>... 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)</i></p> |

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   |
|---|--|
| Parceria com outros núcleos profissionais | <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, senão 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>  |
| Apoio dos ACS                             | <p>... a gente tem o apoio dos agentes de saúde, né? Que eles fazem essa ponte para gente, 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 são 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>  |
| Participação no PSE                       | <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 têm 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 manhã, há mais de um ano... Nessa escola, eu só tinha ido à tarde... (E13)</p> <p>...alguns [usuários] vêm de transporte próprio, outros vêm nos ônibus escolares, que vêm 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> |

Fonte: elaboração própria.

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

Nessa categoria, as análises referiram-se ao apoio, ou à falta dele, da gestão local em

manutenção, infraestrutura, condições de trabalho, valorização dos profissionais e perspectivas futuras. As falas também fizeram referência às gestões dos âmbitos estadual e federal (*quadro 5*).

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   |
|---|--|
| Apoio da gestão local na manutenção e condições de trabalho | <p><i>A gente não fez o levantamento. Infelizmente, ali a gente não tem esse suporte da gestão, para os levantamentos epidemiológicos mesmos. (E1)</i></p> <p><i>As condições de trabalho são bastante eficientes, tanto no que eu digo 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)</i></p> <p><i>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)</i></p> <p><i>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 faça! 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)</i></p> <p><i>... 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)</i></p>  |
| Apoio da gestão local na infraestrutura                     | <p><i>... assim não tem ponte... às vezes, não consegue passar por conta do carro que fica atolando. Aí ajudou hoje... Se por acaso a noite deu uma chuva mais forte, no outro dia já não passa também... tavam pleiteando fazer uma ponte... é aquela coisa que vai se travando... 'não, porque a obra depende do incentivo por exemplo do 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)</i></p> <p><i>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)</i></p> <p><i>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)</i></p>   |
| Apoio das gestões Estadual e Federal                        | <p><i>... 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)</i></p> <p><i>... no Estado, eu sempre achei muita negligência... a saúde bucal é nas costas dos municípios, porque, com a exceção dos cirurgiões-bucamaxilofacial, 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)</i></p> <p><i>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)</i></p> <p><i>Os municípios, eles estão realmente com a corda no pescoço. A questão de você municipalizar a 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)</i></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   |
|---|--|
| Valorização dos profissionais por parte da gestão local | <i>Acredito que a gestão goste do meu trabalho... eu acho que eles têm uma confiança no meu trabalho... (E1)</i><br><i>... 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)</i><br><i>... ela [ASB] leva o fotopolimerizador... porque nos outros dois postos, não tem. Era um dos motivos que a gente pegava o carro da 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)</i><br><i>... 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: 'Olhe! Aqui é assim, se não gostou, vai pra o particular...' 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 corta a asa. (E13)</i> |
| Apoio da gestão e perspectivas para os próximos 10 anos | <i>Pode ser que esteja bem, mas pode ser que esteja pior... esse SBBrazil 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)</i><br><i>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)</i>  |

Fonte: elaboração própria.

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 atenção a 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 curativistas<sup>37-39</sup>. 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 amplas<sup>39</sup>, essas dificuldades podem ser ainda mais acentuadas quando se considera a atuação das EqSF em localidades rurais<sup>40</sup>. Nesse contexto, e sabendo-se que a responsabilidade pela PSB não é uma atribuição exclusiva dos profissionais da área da 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 à realização de palestras educativas orientadoras para mudanças de comportamento. A dificuldade em conceituar PS também foi atribuída a outros profissionais da saúde<sup>26,40,42</sup>.

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. Observaram-se, também, narrativas que abordaram a concepção ampliada na direção da autonomia e da 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 socioeconômicas<sup>43</sup>, 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 estudo<sup>44</sup>.

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 saúde<sup>11</sup>. Considerando que as perdas dentárias são evidentes no contexto rural<sup>19,23</sup>, 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 próximo<sup>11</sup>, observado nas narrativas que abrangem o sentido de 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 instaladas. 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 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 serem superados na atenção à saúde em áreas rurais<sup>8</sup>.

Nas narrativas, pôde-se perceber que, quando não havia equipe odontológica 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 consultório<sup>39</sup>. 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 bucal<sup>9</sup>. Nessas unidades e em outros espaços comunitários, os atendimentos são espontâneos e sem acompanhamento longitudinal<sup>9</sup>. Há de se pensar, nas localidades rurais onde não há equipe odontológica, que o trabalho feito pelas Unidades Odontológicas Móveis<sup>45</sup> e a adoção de estratégias da odontologia de mínima intervenção, como o Tratamento Restaurador Atraumático, garantiriam o acesso e ampliariam as ações<sup>45</sup>.

A respeito das ações de enfrentamento do câncer bucal, as palestras direcionadas foram reportadas, com recomendações à proteção solar dos 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 com a 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 ESF<sup>46</sup>. Além disso, a PNSB ainda não consegue ofertar uma rede efetiva de cuidados integrais, sendo a média complexidade incapaz de absorver a demanda da ESF<sup>18</sup>, 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<sup>8,13</sup>. Algumas delas podem conseguir acesso mínimo em centro urbano próximo<sup>8</sup>, e a dificuldade de estabelecer fluxo dentro da rede acaba isolando as EqSF rurais no cuidado à saúde<sup>13</sup>.

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 Brasil<sup>47</sup> 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 cidadania<sup>11</sup>. 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 autônomos<sup>48</sup>. No empoderamento das comunidades, os profissionais da saúde devem estimular os usuários considerando as condições socioeconômicas e culturais e os determinantes sociais das doenças<sup>5,11</sup>.

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, à organização das agendas e discussão de casos situacionais<sup>37</sup>. Além disso, o ACS e as visitas domiciliares são fundamentais para promoção de vínculo com a comunidade<sup>37</sup>.

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 USF<sup>49</sup>. 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 casos<sup>50</sup>.

Os relatos deste estudo mostraram que atividades com enfoque intersetorial são insipientes, ligadas ao setor da educação, como visto em outros estudos<sup>37,51</sup>. 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.<sup>51</sup>, as ações desenvolvidas de forma isolada em escolas, como palestras, levantamentos epidemiológicos, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, provocam efeitos positivos temporários na melhoria das condições de saúde bucal da população<sup>51</sup>.

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 cuidadas e eficientes<sup>51</sup>.

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 às boas práticas de saúde. Ela se reveste de postura ético-política ao se engajar na luta junto à 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 local<sup>52</sup>. 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 rurais<sup>20</sup>.

Por fim, as outras fragilidades identificadas, como distâncias geográficas, dificuldades de transporte, carências socioeconômicas e pouca adesão dos usuários às 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 gestão<sup>41</sup>.

## 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 a um 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 ótica 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.

## Colaboradores

Paredes SO (0000-0002-8068-5729)\*, Forte FDS (0000-0003-4237-0184)\*, Dias MSA (0000-0002-7813-547X)\* contribuíram para concepção e delineamento do trabalho e para discussão dos resultados; redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

## 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. 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 CL, Tovo-Rodrigues L. Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil: a population-based study. *Rev. Saúde Pública.* 2018; 52(supl1):1-4s.
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? *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):302-14.
8. Franco CM, Lima JG, Giovannella L. Atenção primária saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad. Saúde Pública.* 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. Saúde Pública.* 2021; 37(11):e00255020.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNAPS. *Diário Oficial da União.* 30 Mar 2014.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



12. Brasil. Ministério da Saúde, 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 coletiva.* 2023; 28(3):821-36.
15. Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev. Saúde Pública.* 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):101433.
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, Frichembruder 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. saúde coletiva.* 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 coletiva.* 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, Sousa YG, Diniz IVA, et al. O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(4):970-7.
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. Saúde Pública.* 2012; 28(supl):9-19.
29. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Editora Hucitec; 2014.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Paraíba. [acesso em 2023 abr 26]. 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. *Rev. Bras. Educ. Med.* 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. rev. amp. São Paulo: Edições 70; 2016.
35. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 13 Jun 2013; Seção I:59.
36. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União.* 24 Maio 2016; Seção I:44.
37. 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):233-46.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. Mattioni FC, Brochier LSB, Leão JGF, et al. A atenção primária em saúde como cenário de práticas de promoção da saúde: revisão integrativa. *Rev. Context. Saúde.* 2022; 22(45):1-16.
42. 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.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.
44. Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde.* 2012; 10(2):235-55.
45. Brasil. Ministério da Saúde. 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 União.* 9 Out 2009.
46. Barros GIS, Casotti E, Gouvêa MV. Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas. *Rev. Enferm. UFPE.* 2017; 11(11):4273-81.
47. 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, DF: MS; 2022. [acesso em 2022 abr 26]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota\\_tecnica\\_3\\_2022.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_3_2022.pdf).
48. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008; 13(supl2):209-40.
49. 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.

50. 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. saúde coletiva*. 2022; 27(6):2495-2508.
51. 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. saúde coletiva*. 2010; 15(sup1):1827-34.
52. 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.

---

Recebido em 19/05/2023

Aprovado em 19/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato