Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Atenção integral na saúde bucal na estratégia de saúde da família em Alagoas

Integral atencion in oral health in the family health strategy in Alagoas

Atencion integral en salud bucal en la estrategia de salud de la familia en Alagoas

Marcílio Otávio Brandão Peixoto[1], Letícia Braga Peixoto [2], Fernanda Braga Peixoto[2], Rafael Rocha de Azeredo [1], Thiago José Matos Rocha [1], Carlos Henrique Falcão Tavares[3].

RESUMO

Objetivo: Analisar a atuação de Cirurgiões-dentistas (CD) na Estratégia de Saúde da Familia (ESF), com base na Atenção Integral em Saúde Bucal (AISB). **Métodos:** Estudo quantitativo, analítico, observacional, de corte transversal, com 59 CDs da ESF de Alagoas que responderam a um questionário semi-estruturado. **Resultados:** Entre os participantes, 66,1% não praticavam todas as ações da AISB, sendo as ações de prevenção e promoção as únicas que todos referiram executar. As condições de trabalho foram citadas como inadequadas por 40,5% e 64% não se sentiram preparados pela graduação. Não foi encontrada diferença estatística significante (p>0,05) para maior realização de AISB em relação ao gênero, idade, tempos de graduação e de atuação profissional na ESF, realização de pós-graduação, tipo de ingresso na ESF, satisfação no trabalho e preparo na graduação. Encontrou-se uma tendência (p=0,06) para que a AISB fosse mais realizada quando relataram ter melhores condições de trabalho e significância (p=0,01) para uma maior realização de AISB quando trabalhavam em outros locais além da ESF. **Conclusão:** A maioria dos CDs não está desenvolvendo AIBS e que fatores ligados a condições de trabalho e formação acadêmica estão relacionadas a possíveis melhorias nas suas práticas, necessitando-se reflexão/ação dos representantes da classe odontológica.

Palavras-chave: Sistema único de saúde, Programa saúde da família, Odontologia comunitária, Saúde bucal, Assistência odontológica integral.

ABSTRACT

Objective: To analyze the performance of these professionals in the FHS, acording integral atencion in oral health (IAOH). **Methods:** Quantitative study, analytical, observational and cross-sectional, with 59 dentists from FHS of Alagoas, who answered to a semi-structured questionnaire. **Results:** 66.1% indicated that they did not do all the actions IAOH. Prevention and promotion health was unique action reported by everyone. The work conditions were cited inadequate by 40.5% and 64% not feel prepared by university. It was not found significant statistical difference (p 0.05 >) for greater realization of IAOH in relation to gender, age, time of undergraduate and professional performance in FHS, postgraduate studies, the kind of the entry in the FHS, satisfaction in the job and preparation in the graduation. There was a trend (p = 0.06) to IAOH be more he ld when reported better working conditions and greater significance (p = 0.01) for IAOH realization when worked in other places in addition to the FHS. **Conclusion:** The most dentists is not developing IAOH and factors

[1] Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió - AL.
[2] Centro Universitário Cesmac, Maceió - AL.
[3] Universidade Federal de Alagoas, Maceió - AL.

SUBMETIDO EM: 9/2025 | **ACEITO EM: 10/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

related to working conditions and education are related to possible improvements in their practices, necessitating reflection / action of the representatives of the dental profession in this direction.

Keywords: Unified health system, Family health program, Community dentistry, Oral health, Comprehensive dental care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el desempeño de estos profesionales en la ESF, consensuando la atención integral en salud bucal (AIBO). **Métodos:** Estudio cuantitativo, analítico, observacional y transversal, con 59 dentistas de la ESF de Alagoas, quienes respondieron a un cuestionario semiestructurado. **Resultados:** El 66,1% indicó no realizar todas las acciones de AIBO. Las condiciones de trabajo fueron citadas como inadecuadas por el 40,5% y el 64% no se sintió preparado por las universidades. No se encontró diferencia estadísticamente significativa (p 0,05 >) para una mayor realización de AIBO en relación con el género, la edad, el tiempo de pregrado y el desempeño profesional en la ESF, los estudios de posgrado, el tipo de ingreso en la ESF, la satisfacción en el trabajo y la preparación en la graduación. Se observó una tendencia (p = 0,06) a una mayor comprensión de la IAOH al reportar mejores condiciones laborales, y una mayor significancia (p = 0,01) para la comprensión de la IAOH al trabajar en otros lugares además de la FHS. **Conclusión:** La mayoría de los dentistas no desarrollan la IAOH, y los factores relacionados con las condiciones laborales y la formación se relacionan con posibles mejoras en sus prácticas.

Palabras clave: Sistema unificado de salud, Programa de salud familiar, Odontología comunitaria, Salud bucal, Atención dental integral**.**

INTRODUÇÃO

Baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como estratégia de transformação do modelo assistencial, com a proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência (BRASIL, 2024; EPSJV, 2005). A inclusão do cirurgião-dentista (CD) na ESF se deu apenas nos anos 2000, buscando o rompimento do modelo curativista e hospitalocêntrico para uma atenção integral voltada também para a promoção e prevenção de saúde (MATOS EMO, et al., 2020)

À busca do que se considera como atenção básica integral em saúde é destacada na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, na qual diz em suas disposições gerais que

> *"Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.*

Tendo como obrigação do CD a realização de promoção e prevenção de saúde, diagnósticos, realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos (de urgências a reabilitações), buscar trabalhar de forma multidisciplinar, participação e coordenação de ações coletivas e elaboração de planos de cuidado (BRASIL, 2017).

No entanto, a Odontologia ainda encontra dificuldades para as práticas pertinentes à ESF e da realidade social da população brasileira, observando-se ainda uma supervalorização dos procedimentos técnicos (SCHERER CI e SCHERER MDA, 2015), embora o SUS tenha se tornado o mercado com maior absorção de mão-de-obra para a Odontologia (GIL CR, 2005). O CD que trabalha na ESF vê-se diante de muitos desafios, sentindo-se em alguns momentos inseguro e despreparado para exercer suas atividades, principalmente porque sua formação – biologista, tecnicista e curativa – carece de ênfase nos aspectos socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença, enfraquecendo o desenvolvimento de atividades que visem promover, manter e recuperar a saúde (ARAÚJO MJ e DIMENSTEIN M, 2006).

Com o objetivo de formar profissionais voltados para trabalhar neste sistema, respeitando e aperfeiçoando tais princípios, foram instituídas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação e, dentre estes, para o curso de Odontologia desde 2002, sendo retificada em 2021. Estas DCN procuraram diminuir o atraso da Odontologia frente à Reforma Sanitária Brasileira e suas repercussões estimulando a interação ensino-serviço, desconstruindo a ideologia individualista da promoção de saúde e tornando as escolas de Odontologia próximas à realidade da população brasileira (MORITA MC e KRIGER L, 2003; BRASIL 2021).

Diante dos muitos avanços necessários a área de saúde brasileira (LIMA JC, et al., 2021), percebe-se necessidade de constante reflexão sobre o que está proposto nos princípios e diretrizes da ESF e nas DCN para o curso de Odontologia.

Neste sentido, este trabalho visa subsidiar tais reflexões a partir do conhecimento da atuação do profissional da Odontologia vinculado à ESF, caracterizando suas dificuldades e facilidades na consecução da Atenção Integral em Saúde Bucal (AISB), para relacionar, também, com sua formação acadêmica, principalmente ao que se refere ao SUS, na intenção de estimular o (re)pensar na organização dos currículos acadêmicos.

Partindo destes pressupostos, este trabalho teve como objetivo analisar possíveis diferenças entre as bases teóricas dispostas nos princípios e diretrizes da ESF e as atividades praticadas por CDs que trabalham em Equipes de Saúde Bucal (EqSB) de Alagoas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, observacional, de corte transversal. A pesquisa foi realizada com CDs inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Alagoas (CRO-AL) que atuavam na ESF de Alagoas, após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário Cesmac (protocolo nº 1247/12 COEPE/CESMAC).

A amostra foi calculada em 53 CDs, utilizando uma calculadora eletrônica disponível em *lia.uncisal.edu.br/ensino/pdf2/CTA_Proporcao_finita.xls*, considerando erro tipo 1 de 5%, variável reduzida 1,96, hipótese de 10% e erro tolerável de 5%, na população total de CDs que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após a realização de um curso patrocinado pelo CRO-AL, que teve a participação de mais de 300, dos quais 108 estavam vinculados à ESF.

Entre estes 108 participantes do curso, 85 CDs optaram em participar da pesquisa após recrutamento, por convite verbal, realizado pelos pesquisadores, recebendo envelopes que continham duas cópias do TCLE assinados pelo pesquisador principal e um formulário de coleta de dados. Como marco de inclusão para participação do sujeito na pesquisa e composição do cálculo amostral, uma das cópias do TCLE assinadas pelos sujeitos foi recolhida para arquivo.

Para se minimizar respostas com pouca reflexão, comprometimento de tempo, bem como a perda de parte do curso, foi combinado que a devolução dos questionários dentro do envelope lacrado e sem identificação ocorreria após 7 dias da data de realização do curso. Os dados obtidos pelas respostas foram tabulados em planilha eletrônica realizando-se duas entradas de dados independentes e cegas, com discordâncias reavaliadas pelos pesquisadores.

Para análise e confrontação com a literatura foi utilizada estatística descritiva e inferencial através dos testes qui-quadrado, correlação de Pearson ou análise de variância (ANOVA), admitindo-se como nível de significância um valor de $p<0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 85 CDs que inicialmente assinaram o TCLE, 59 entregaram os formulários de coleta de dados. Este número foi superior ao número mínimo exigido pelo cálculo de tamanho da amostra, cujo valor seria de 53 participantes. A maior parte dos participantes [39 CDs (66,1%)] assinalou que não praticavam todas as atividades que representam a AISB (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção).

Analisando-se cada área de forma individualizada, as que obtiveram respostas negativas em sua execução foram as de reabilitação, tratamento, manutenção e diagnóstico (**Tabela 1**), discordando em partes das observações de Oliveira JL e Saliba NA (2005) que apesar de também terem observado que as ações em saúde bucal não estavam totalmente de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde (MS), encontraram que estas se limitavam, na maioria das vezes, ao atendimento clínico ambulatorial básico.

Tabela 1 - Frequência e porcentagem de execução ou não de ações em cada uma das áreas que compõem a Atenção Integral em Saúde Bucal realizadas na ESF pelos Cirurgiões-dentistas participantes.

Promoção da saúde e Prevenção de agravos	Frequência	Porcentagem
Sim	59	100%
Não	00	00%
Diagnóstico de risco		
Sim	56	94,9%
Não	03	05,1%
Tratamento de problemas orais		
Sim	36	61%
Não	23	39%
Reabilitação oral		
Sim	27	45,8%
Não	32	54,2%
Manutenção da saúde oral		
Sim	55	93,2%
Não	04	06,8%

Fonte: Peixoto MO, et al., 2025.

Como se observa na **Tabela 1**, todos os CDs garantiram executar ações de prevenção e promoção da saúde. Assim é possível se inferir que as novas organizações curriculares posteriores a publicação das DCN8, a pós-graduação direcionada à atuação na ESF ou o aumento do vínculo empregatício obtido com a aprovação em concurso público tenham melhorado o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde na atuação dos CDs. Uma vez que encontramos uma amostra composta principalmente por adultos jovens (média de 33,6 anos), com graduação posterior à efetiva entrada da Odontologia na composição das equipes de saúde da ESF (máximo de 10 anos de formado), trabalhando nesta estratégia, em média, há 5,6 anos, que cursaram pós-graduação em Saúde Pública [entre os 47 CDs especialistas, 26 (55,3%) obtiveram título nesta área] e que ingressaram no serviço público por concurso público (**Tabelas 2**, **3** e **4**).

Tabela 2 - Descrição da amostra, em frequência e porcentagem, de acordo com o Gênero, Faixa etária, Tempo de graduação e Tempo de atuação na ESF.

Gênero	Frequência	Porcentagem
Masculino	15	25,4%
Feminino	44	74,6%
Faixa etária (em anos)		
21 a 25	04	06,8%
26 a 30	17	28,9%
31 a 35	18	30,6%
36 a 40	09	15,3%
41 a 45	10	17,0%
46 a 50	01	01,7%
Média de idade = 33,6; Desvio Padrão = 6,13		
Tempo de graduação (em anos)		
< 05 anos	10	17,0%
05 a 10 anos	27	45,9%
11 a 15 anos	11	18,7%
16 a 20 anos	06	10,2%
21 a 25 anos	05	08,5%
Média de tempo de formação = 9,8; Desvio Padrão = 6,21		
Tempo de atuação na ESF (em anos)		
< 05 anos	24	40,7%
05 a 10 anos	31	52,7%
11 a 15 anos	04	06,8%
Média de tempo de atuação na ESF = 5,6; Desvio Padrão = 3,27		
Total	**59**	**100%**

Fonte: Peixoto MO, et al., 2025.

Tabela 3 - Descrição da amostra, em frequência e porcentagem, de acordo com a realização e o tipo de pós-graduação cursada.

Tipo de pós-graduação	Frequência	Porcentagem
Não fez pós-graduação	08	13,6%
Atualização/Aperfeiçoamento	02	03,4%
Especialização	47	79,7%
Mestrado*	02	03,4%
Total	59	100%

*Uma pessoa escreveu que ainda estava em curso
Fonte: Peixoto MO, et al., 2025.

Tabela 4 - Descrição da amostra, em frequência e porcentagem, de acordo com a forma de ingresso para atuação na ESF.

Forma de ingresso	Frequência	Porcentagem
Aprovação em concurso público para efetivos	42	71,2%
Aprovação em Processo de Seleção Simplificado	04	06,8%
Transferência interna	01	01,7%
Indicação política (cargo comissionado)	12	20,3%
Total	59	100%

Fonte: Peixoto MO, et al., 2025.

É também possível considerar que participantes desta pesquisa estejam tendo suas atribuições minimizadas apenas ao exercício destas ações, por falta de condições de trabalho como demonstra a resposta de um dos participantes que afirmou sequer dispor de equipamento odontológico na Unidade de Saúde da Família (USF) na qual estava vinculado. Quando solicitados a escreverem as ações e estratégias que praticavam em cada uma das áreas que compõem a AISB, 27 CDs (45,76%) incluíram ações incoerentes em algumas destas, evidenciando um provável desconhecimento sobre a definição de cada um destes termos.

Para analisar se algumas das variáveis disponíveis neste estudo poderiam interferir com a prática constante da AISB realizaram-se cálculos estatísticos inferenciais. No entanto, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros (p=0,4694), idade (p=0,3556), tempo de graduação (p=0,1181) ou tempo de atuação profissional na ESF (p=0,5770) quando relacionadas à maior consecução de todos os princípios da AISB.

Também não foi observada diferença estatisticamente significante quando foi comparada a realização de AISB com o fato dos profissionais terem cursado alguma pós-graduação (p=0,3270), mesmo quando foram analisados apenas aqueles que cursaram especialização em Saúde Pública ou em ESF (p=3,1159).

A literatura (MARTELLI PJ, et al., 2010; MANASSERO FB e BAVARESCO cs, 2016) aponta que a realização de pós-graduação voltada à Saúde Pública representa uma enorme potencialidade para efetivação da ESF resultando em mudanças na práxis curativista tradicional do CD e favorecendo seu trabalho nas EqSB.

Os resultados da presente pesquisa ratificam estas mudanças quando se analisam as ações de saúde bucal de forma isolada e percebe-se que todos os participantes afirmaram realizar como prática constante as ações de prevenção de agravos e promoção da saúde. No entanto, mais uma vez destaca-se que é provável que em algumas USF o papel do CD, mesmo o pós-graduado, esteja sendo minimizado apenas a tal atuação. O tipo de ingresso para atuação na ESF também não evidenciou diferença estatisticamente significativa quando comparada à realização ou não de AISB (p=0,7177).

Apesar de não existir diferença estatística significante para a realização de AISB e a presença de condições satisfatórias de consecução do trabalho em odontologia (p=0,0698), percebeu-se uma tendência para que esta atenção integral fosse mais realizada quando os CDs afirmaram ter melhores condições de trabalho. Um grave fator relacionado às condições de trabalho citado pelos participantes desta pesquisa como elemento capaz de interferir com a AISB, corroborando com o observado por Gonçalves ER e Ramos FR

(2010), foi a falta de uma adequada rede de referência [22 CDs (37,28%)]. De forma muito peculiar ao que era esperado, houve diferença estatística quando se comparou a realização de AISB com o fato de trabalhar em outro local fora da ESF (p=0,0192), evidenciando-se que é mais comum a realização da atenção integral quando os profissionais apresentam outro vínculo fora da ESF, indo de encontro ao que se espera de uma melhor atuação para aqueles que têm vínculo exclusivo com esta estratégia (FACÓ EF, et al., 2005).

Isto pode apontar que, apesar da sobrecarga de trabalho, estes CDs conseguem desenvolver as ações que se esperam para AISB, provavelmente por estarem mais aptos a dividirem as tarefas em suas rotinas de trabalho ou que, mesmo com as garantias de sigilo aplicadas para realização desta pesquisa, os profissionais que têm outro vínculo tenham tido medo de responder suas fragilidades e tenham assinalado que atuavam no conjunto de ações da atenção integral.

Há indício para esta segunda possibilidade, pois quando foram questionados sobre o tipo de vínculo empregatício que mantinham com a ESF (dedicação exclusiva, 40h ou 20h semanais) muitos não responderam ou o fizeram de forma confusa, impossibilitando a adequada tabulação deste dado. Apontando possível fragilidade nas relações de serviço ou receio para declarar o real tipo de contrato e a carga horária efetivamente trabalhada.

Além da AISB, as diretrizes e normas de atuação profissional na ESF preconizam que as atividades não sejam exclusivamente realizadas no ambiente restrito da USF (BRASIL, 2017; BRASIL, 2024).Ao serem questionados se as ações de saúde bucal eram diversificadas para além do consultório odontológico a maioria dos participantes referiu que sim [40 CDs (67,8%)], porém não é possível destacar estes valores meramente como positivos uma vez que 19 CDs (32,2%) ainda vêm persistindo com ações isoladas em suas USF, provavelmente de forma exclusiva nos seus consultórios. Assim como observado por Rodrigues AA et al. (2009) as ações de educação em saúde foram as mais comumente citadas por esta amostra pesquisada [43 CDs (72,88%)].

O trabalho do CD para além do consultório odontológico promove a efetivação do acesso do usuário à atenção em saúde e representa uma das maiores mudanças do modelo odontológico anterior à inclusão das EqSB na ESF (SANTOS AM, et al. 2008).

Questionados se as ações desenvolvidas, sejam na Unidade ou fora desta, eram planejadas conjuntamente com os outros profissionais constituintes da equipe de saúde, como médicos e enfermeiros, a maioria [35 CDs (59%)] assinalou que não. Portanto, neste item, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar preconizado na legislação (BRASIL 2017; BRASIL, 2021; BRASIL, 2024) não vem sendo satisfatoriamente cumprido, sugerindo uma desarmonia na relação de trabalho entre as classes e a possível realização de ações pontuais, isoladas e dissociadas da visão holística de saúde.

Talvez por conta desta desarmonia nas relações com as equipes de saúde, não foram observadas diferença estatística significante quando se compararam o fato de realizar atividades fora das USF e a prática ou não da AISB (p=0,8424).

Este ponto crucial de desarmonia nas relações entre a equipe de saúde da ESF, além de representar descumprimento aos princípios e diretrizes que norteiam o trabalho em USF, pode favorecer a lutas individuais das categorias profissionais envolvidas, acarretando, como apontam Erdmann AL et al. (2009), problemas na isonomia salarial e desinteresse nas práticas integrais de saúde. A ênfase na equipe multidisciplinar, uníssona em seus princípios e ações é uma das ferramentas com maior potencial para a mudança nos processos de trabalho em saúde com vistas ao objetivo da atenção integral em saúde (OLIVEIRA LG, et al., 2024).

Um dos maiores responsáveis por este prejuízo na integração dos profissionais co-relacionados foi a tardia inclusão da odontologia como participante das equipes mínimas que compõem a ESF, bem como ao problema destes profissionais terem que atender, pelo menos no início da sua inclusão, a demanda de duas equipes, contribuindo para a indeterminação do seu papel e indispondo condições entre os conhecimentos específicos da profissão e os aspectos estruturais e funcionais na composição de novas práticas de saúde (BALDANI MF, et al. 2005; SANTOS AM, et al 2008; SILVA LA, et al., 2011)

Os CDs consideram sua atuação satisfatória na maior parte das áreas que compõem a AISB, com exceção da área de reabilitação oral, onde a maioria [31 CDs (52,5%)] considerou insatisfatória (**Tabela 5**). Provavelmente, a ideia conceitual equivocada de que só poderia compor esta resposta situações de reabilitação protética possa ter contribuído para esta pior auto-avaliação. Além disso, a precariedade do adequado sistema de referência e contra-referência também pode ter influenciado com este padrão de resposta.

Tabela 5 - Descrição da auto-avaliação, satisfatória ou insatisfatória, dos Cirurgiões-dentistas sobre sua atuação nas diversas áreas de atenção à saúde bucal, em frequência e porcentagem (n=59).

Promoção da saúde e prevenção de agravos	Satisfatória		Insatisfatória	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
	56	94,9%	03	05,1%
Diagnóstico dos problemas bucais	54	91,5%	05	08,5%
Tratamento dos problemas orais	34	57,6%	25	42,4%
Reabilitação oral	28	47,5%	31	52,5%
Manutenção da saúde	51	86,4%	08	13,6%

Fonte: Peixoto MO, et al., 2025.

Merece destaque o grande percentual de CDs que se avaliaram insatisfatoriamente na área de tratamento dos problemas orais [25 CDs (42,2%)]. Neste item, supõe-se que ao menos parte das percepções insatisfatórias possa estar relacionada ao equívoco de só estarem incluídas neste item alterações estomatológicas, reforçando mais uma vez o desconhecimento de alguns sobre as definições, e principalmente ações, que configuram o que se espera de uma AISB.

Em decorrência disto, mesmo aqueles que consideraram uma auto-avaliação satisfatória em critérios individuais que compõem a AISB não apresentaram diferença estatisticamente significante daqueles que consideram sua auto-avaliação insatisfatória com relação à plena consecução ou não da atenção integral.

São comuns os obstáculos na resolutividade das práticas em saúde bucal, em decorrência das limitações no elenco de procedimentos de especialidades ofertados (SZPILMAN AR e OLIVEIRA AE, 2011). Muito provavelmente essa limitação no elenco de procedimentos, bem como a falta de estrutura evidenciada na forma de condições precárias de trabalho, possam ter corroborado para uma auto-avaliação insatisfatória da atuação profissional entre os participantes desta pesquisa.

Concorda-se com Gonçalves ER e Ramos FR (2010) que uma estratégia efetiva de auto-avaliação deveria ser sistematizada para o redirecionamento das ações e melhor desempenho da equipe. Diante das reflexões anteriormente propostas aos CDs, solicitou-se que expressassem opinião sobre sua satisfação com relação ao desenvolvimento de suas funções na ESF. Neste sentido, a maioria [39 CDs (66,1%)] afirmou que estava satisfeito. Vale destacar que quando solicitados a escrever o porquê da sua (ou da falta de) satisfação, a grande maioria [31 CDs (52,54%)] destacou que poderia fazer melhor, sendo os fatores de condições desfavoráveis de trabalho (infra-estrutura e sistema de referência e contra-referência falhos), falta de integração com a equipe de saúde e os baixos salários os aspectos mais citados para a insatisfação.

Além dos baixos rendimentos, um distinto ponto referido constantemente como responsável pela insatisfação de exercício profissional na ESF, talvez ainda mais aviltante, são os rendimentos discrepantes entre os constituintes das equipes de saúde (BALDANI MH, et al., 2005), evidenciando que são necessários movimentos nacionais para o fortalecimento e reconhecimento, inclusive financeiro, da Odontologia.

O fato de considerar-se satisfeito com sua atuação nas EqSB não promoveu diferença estatisticamente significativa daqueles que consideram-se insatisfeitos quando confrontados com a realização ou não de AISB (p=1,6642), discordando em partes das percepções de Coelho MQ et al. (2011) e Gonçalves ER e Ramos FR (2010) quando afirmam que o relato de satisfação represente um achado importantíssimo, pois este aspecto repercute diretamente, de forma positiva, na melhoria de qualidade do serviço prestado, enquanto diminui os limites impostos ao correto exercício profissional, e melhor qualidade de vida no trabalho.

Quando solicitados a assinalar sobre sua percepção de preparo para atuar na ESF adquirido a partir de sua formação acadêmica na graduação, apenas uma minoria [21 CDs (35,6%)] destacou que se sentiu satisfatoriamente preparado.

Este dado é bastante diferente do encontrado por Coelho MQ et al. (2011), pois estes observaram que a maioria dos seus entrevistados se sentiram preparados por sua formação para atuarem no SUS. Não houve diferença estatisticamente significativa entre aqueles que se consideraram ou não preparados academicamente para atuação na ESF e a realização ou não da prática de AISB (p=0,6720).

O tempo de formação também não foi capaz de afetar diretamente a percepção do CD em se considerar ou não preparado satisfatoriamente para atuar na ESF. Portanto, ter-se formado antes, durante a efetiva implantação da Odontologia na ESF ou mais recentemente não apresenta diferença estatística significante com relação a esta percepção de preparo (p=0,4642).

Isto aponta que ainda há um longo caminho para que sejam postas plenamente em prática as determinações estabelecidas pelas DCN, lei de criação do SUS e Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, pois este baixo nível de percepção de preparo evidencia que a maior parte destes profissionais deva ter sido formada dentro da lógica liberalizante, com valorização excessiva da cura individual, que, em muitas vezes, desconsidera as ações coletivas em saúde.

A efetiva implantação da ESF e o fortalecimento dos princípios de municipalização da saúde acarretaram um novo norteamento na formação profissional, para ampla capacidade de atuação na atenção básica, não sendo mais aceito o distanciamento entre as políticas de formação e a política de saúde (SILVA LA, et al., 2011). Neste sentido, as DCN8representam o elo dessas políticas e deve ser capaz de minorar as dificuldades na definição do adequado perfil profissional esperado dos egressos da odontologia.

Pelo fato dos dados não terem apontado praticamente nenhum fator como elemento capaz de influenciar estatisticamente a prática da AISB (realização de pós-graduação, condições de trabalho, satisfação e a formação acadêmica) considera-se que possa estar existindo um nivelamento “por baixo” das atribuições dos CDs na ESF, resultando em mais atividades de prevenção e promoção do que atividades curativas e reabilitadoras.

Desta forma, pode estar acontecendo uma inversão, incorreta no sentido da AISB, das atividades curativas para as atividades preventivas, o que com o tempo poderá agravar a condição de saúde bucal da população, já que nesta ainda persiste grande necessidade de tratamentos curativos e reabilitadores, principalmente no nordeste brasileiro (BRASIL, 2024).

Espera-se, que na ESF o CD realize seu trabalho equilibrando prevenção e cura, atuando fundamentado em sólidas bases científicas e com alto padrão de qualidade, indo sua atuação muito além do trabalho clínico (NARVAI PC, 2006).

Para tanto, é fundamental para o seu correto funcionamento que a ESF esteja bem inserida no sistema, primando por funcionalidade, resolutividade e hierarquização, atingindo a AISB como princípio fundamental da ESF (MORETTI-PIRES RO, 2009; GOMES JA, et al., 2019).

Só adequações na formação acadêmica não serão suficientes para resolução de todos os problemas presentes no sistema de saúde do Brasil, pois se deve combater e modificar a desmotivação profissional, aumentar o compromisso dos gestores e promover uma melhora na credibilidade da Odontologia junto à sociedade (SILVA LA, et al., 2011), pois é comum que os próprios estudantes adotem posturas que se traduzam em preferência pelo tecnicismo, priorizando a cura em detrimento da prevenção e que requeiram alta densidade tecnológica (SANCHEZ HF, et al., 2008). É necessária a discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS sem que se esqueça como fundamental a criação de alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema. Tais esforços que deverão envolver além dos gestores em saúde, as entidades de classe e as IES, necessitarão de um perfil criativo, atrativo e atual sendo, de preferência, ofertados o mais próximo possível dos serviços que os CDs estão vinculados.

CONCLUSÃO

Espera-se que este trabalho contribua para sensibilizar gestores, instituições de ensino, entidades de classe e CDs quanto à importância da formação, das condições de trabalho, do vínculo profissional e da educação continuada na atuação qualificada na ESF. Os resultados indicam a necessidade de mais estudos, inclusive qualitativos, para aprofundar o entendimento sobre os desafios enfrentados, como a prática ainda limitada da AISB pelos CDs, muitas vezes relacionada à formação acadêmica e à motivação profissional. A superação das barreiras entre ensino e serviço é urgente, assim como o fortalecimento do papel das entidades de classe na promoção, fiscalização e apoio às diretrizes do SUS. O progresso rumo a um sistema de saúde mais eficiente e equitativo passa, sobretudo, por recursos humanos bem-preparados, valorizados e conscientes de sua função social.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos a diretoria do CRO-AL pelo apoio na coleta dos dados da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO YP, DIMENSTEIN M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciência & Saúde Coletiva, 2006; 11(1): 219–227.
2. BALDANI MH, et al. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2005; 21(4): 1026–1035.
3. BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final (1ª ed. revista). Brasília; 2024.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: ações e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2024
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.
7. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021.
8. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005; 264 p.
9. ERDMANN AL, et al. O olhar dos estudantes sobre a formação profissional para o Sistema Único de Saúde. Acta Paulista de Enfermagem, 2009; 22(3): 288–294.
10. FACÓ EF, et al. O cirurgião-dentista e o Programa de Saúde da Família na microrregião II, Ceará, Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública, 2005; 18(2): 70–77.
11. GIL CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública, 2005; 21(2): 490-98.
12. GONÇALVES ER, RAMOS FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. Interface (Botucatu), 2010; 14(33): 301–314.
13. GOMES JAAS, et al. Atuação da odontologia na Estratégia Saúde da Família: uma revisão crítica da literatura. Revista Uningá, 2019; 56(S5): 163–173.
14. LIMA JCS, et al. Avanços e desafios da formação no Sistema Único de Saúde a partir da vivência dos docentes da área de Saúde Coletiva nos cursos de Odontologia. Ciência & Saúde Coletiva, 2021; 26(8): 3323–3334.
15. MARTELLI JP, et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15(2).

16. MANASSERO FB, BAVARESCO CS. Inserção do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: revisão de literatura. Rev aps, 2016; 9(2): 286 – 291.
17. MATOS EMO, et al. A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. Brazilian Journal of Health Review, 2020; 3(3): 4383–4395.
18. MORITA MC, KRIGER L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. Revista da ABENO, 2003; 4(1): 17–21.
19. MORETTI-PIRES RO. Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. Interface (Botucatu), 2009; 13(30): 153–166.
20. OLIVEIRA JLC, SALIBA NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos de Goytacazes. Ciência & Saúde Coletiva, 2005; 10(Supl.1): 297–302.
21. OLIVEIRA LGF, et al. Reflexões acerca dos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar quanto à integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 2024; 7(14): e14973.
22. RODRIGUES AAAO, et al. Saúde bucal no programa de saúde da família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. Revista Baiana de Saúde Pública, 2009; 33(4): 582–594.
23. SANCHEZ HF, et al. Adequação de recursos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. Ciência & Saúde Coletiva, 2008; 13(2): 523–531.
24. SANTOS AM, et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, 2008; 42(3): 464–470.
25. SCHERER CI, SCHERER MDA. Avanços e desafios em saúde bucal após uma década do Programa Brasil Sorridente. Revista de Saúde Pública, 2015; 49: 98.
26. SILVA LAG, et al. Percepção dos cirurgiões-dentistas em relação ao Sistema Único de Saúde/Programa de Saúde da Família (SUS/PSF) no município de Nossa Senhora do Socorro – SE. Odontologia Clínica-Científica, 2011; 10(4): 345–349.
27. SZPILMAN ARM, OLIVEIRA AE. A percepção de usuários sobre os serviços de odontologia em unidades de saúde de Vila Velha (ES), Brasil. Revista Espaço para a Saúde, 2011; 12(2): 28–37.