

O olhar de usuários, residentes e trabalhadores sobre uma intervenção em saúde bucal de abordagem comunitária na ESF do campo

Daniela Maria Cruz Ferreira de Carvalho*; Tainá Faustino Mafra*; Delaine Cavalcanti Santana de Melo**; Ive da Silva Monteiro***; Márcia Maria Dantas Cabral de Melo****

- * Especialista em Saúde da Família com ênfase na Saúde das Populações do Campo
- ** Professora adjunta, Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco
- *** Professora do Programa de Residência em Odontologia em Saúde Coletiva.
- **** Professora Associada, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco

Recebido: 10/07/2021. Aprovado: 23/11/2021.

RESUMO

Objetivou-se analisar uma intervenção de cuidado integral em saúde bucal de abordagem comunitária protagonizada por residentes de Odontologia em Saúde da Família inseridos em duas unidades de saúde do campo de Caruaru/PE, segundo o olhar de profissionais, residentes e usuários. A intervenção englobou diagnóstico e levantamento das necessidades odontológicas, ações coletivas em saúde bucal e ações assistenciais para cárie com tratamento restaurador atraumático. Os grupos-alvo formam escolares e moradores de áreas mais remotas nas unidades de Lagoa de Pedra e de Xicuru. O estudo qualitativo utilizou técnica do grupo focal para coleta dos dados. Três grupos foram constituídos: nove profissionais, seis residentes e oito usuários. As entrevistas seguiram um roteiro com perguntas abertas sobre o cuidado e as tecnologias em saúde bucal empregadas no contexto das populações camponesas e acesso/acessibilidade às unidades de saúde. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Emergiram duas categorias temáticas: dificuldades de acesso aos cuidados em saúde bucal e satisfação com as ações implementadas. Os participantes dos três grupos avaliaram positivamente a iniciativa de estabelecer relação educativa/assistencial participativa abrindo-se a espaços comunitários e valorizaram o enfoque adotado pela intervenção de saúde bucal no enfrentamento dos problemas limitadores do acesso aos serviços odontológicos e às ações coletivas que relataram. Contudo, desinteresse na continuidade das ações realizadas e contrários às práticas comunitárias em saúde bucal foram relatadas no grupo focal dos profissionais. Considera-se persistir fatores profissionais e de estrutura limitadores à garantia dos direitos de acesso à saúde aos usuários de áreas mais remotas às unidades de saúde.

Descritores: Saúde da População Rural. Saúde da Família. Saúde Bucal. Assistência Odontológica Integral.

1 INTRODUÇÃO

As populações do campo são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, reprodução social e produção relacionados principalmente à terra e a água¹. É inegável afirmar que esse espaço rural é tradicionalmente um lugar com pouca atuação governamental, na implementação de políticas públicas relativas à promoção da saúde e à assistência social². Historicamente, quando comparada às populações urbanas, essas populações têm enfrentado em seu cotidiano uma série de iniquidades sociais, o que impacta diretamente na qualidade de vida campesina e devem ser analisadas à luz do entendimento dos determinantes socioeconômicos e da orientação do Estado para garantia de direitos^{3,4}. Essa realidade é refletida nos indicadores de saúde bucal que informam maior intensificação do impacto desses determinantes nos desfavoráveis padrões de acometimentos em saúde que incidem com maior gravidade nas populações do campo e que também são expressos pelas diferenças em disponibilidade e qualidade da atenção à saúde ofertada^{5,6}.

Além disso, o acesso e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) nem sempre são assegurados, encontrando-se explicações nas longas distâncias entre as comunidades do campo e as Unidades de Saúde da Família (USF) e seus respectivos pontos de apoio - são locais utilizados pelos profissionais para descentralizar a oferta de cuidado da USF de referência para outras microáreas mais distantes adscritas ao território^{2,7}.

Nessas circunstâncias, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase no Campo da Universidade de Pernambuco (RMSFC-UPE), criada em 2015, em sintonia com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das águas⁸ e fruto da

articulação dessa universidade com os Movimentos dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e Quilombola, e os municípios de Caruaru e Garanhuns - tem entre seus propósitos formativos fomentar a capacidade de análise crítica e de avaliação dos residentes que possibilitem a realização da atenção integral à saúde da população do campo.

Nas áreas de atuação da RMSFC-UPE, vive um contingente expressivo de famílias camponesas em áreas mais distantes dos serviços de saúde e são elas que detêm maiores vulnerabilidades socioeconômicas. Tais famílias possuem um acesso dificultado aos serviços prestados pelas USF existentes nos territórios de moradia devido à escassez de transportes públicos, além das barreiras físicas e simbólicas do processo formativo e organizativo dos trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que mantêm a lógica de trabalho do contexto urbano, sem considerar as especificidades da vida no campo.

No Brasil, em 2004, foram lançadas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)⁹ com a finalidade de ampliar o acesso, enfrentar com equidade o quadro epidemiológico predominante e promover uma maior alocação de recursos financeiros para estruturar uma rede de serviços de saúde bucal, com capilaridade nacional, coordenada pela APS¹⁰. Desde então, o cenário de atuação da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de crescimento contínuo para promover uma atenção integral aos usuários, no intuito de superar modelos de atenção anteriores, pouco resolutivos¹¹.

Contudo, estudos sobre o processo de trabalho das equipes de saúde bucal (eqSB) evidenciam uma herança do modelo biomédico, com persistência de atuação profissional centrada nas atividades assistenciais, pouco foco nas ações comunitárias, falta de planejamento das ações e baixa interação das eqSB com os demais

trabalhadores da APS^{12,13}. Em estudo de abordagem qualitativa, constatou-se que apenas a minoria dos entrevistados das eqSB têm consciência do impacto limitado de suas práticas, demonstrando entendimento restrito sobre suas potencialidades na produção do cuidado em saúde na ESF¹⁴.

Ressalta-se que, dentre as estratégias de cuidado recomendadas pela PNSB, tem-se o tratamento restaurador atraumático (TRA), que as eqSB podem executar para aumentar o acesso da população aos serviços odontológicos e viabilizar o tratamento, controle e prevenção da cárie dentária^{15,16}. Essa estratégia deve ser realizada integrada às ações programáticas de abordagem familiar e comunitária, de modo a promover a integralidade das práticas de cuidado em saúde bucal¹⁷, a humanização dessas práticas e a satisfação do usuário com serviços públicos de saúde¹⁸. Assim, essa tecnologia de cuidado se torna imprescindível ao trabalho da eqSB, por ser uma técnica para tratamento da cárie resolutiva, minimamente invasiva, de baixo custo, que prescinde de equipamentos odontológicos e pode ser usada amplamente com finalidades curativas e preventivas de âmbito individual e coletivo¹⁹.

Apesar das evidências sobre a eficácia do TRA e dos seus benefícios para populações de contextos de vulnerabilidade social, onde a rede de serviços de saúde bucal é precária e o acesso dificultado²⁰, observa-se certa oposição à incorporação dessa tecnologia de cuidado em saúde bucal. Estudos apontam uma subutilização do TRA pela rede pública de atenção à saúde, envolvendo questões como desconhecimento da técnica, barreiras profissionais referentes à falta de capacitação, dificuldade de manipulação do material, preferência por restaurações convencionais, entre outros²¹⁻²³. Demonstrando-se também, lacuna de estudos que apresentem experiências e resultados de intervenções em saúde bucal abrangentes em territórios do

Campo^{24,25}.

Nesse contexto da RMSFC-UPE, a interpretação da realidade realizada pelas residentes do núcleo de Odontologia sobre as condições de saúde bucal e de acesso aos serviços odontológicos das USF das áreas rurais de Caruaru, apontou a importância da efetiva incorporação do TRA no processo de trabalho comunitário das eqSB, para responder às necessidades acumuladas de tratamento, promover melhorias em saúde bucal e enfrentar as barreiras físicas das grandes extensões territoriais das microáreas que dificultam o acesso às USF em regiões do campo.

Este estudo objetivou analisar, na perspectiva do olhar de trabalhadores, residentes e usuários, uma intervenção de cuidado integral em saúde bucal de abordagem comunitária, que incorporou o TRA e foi protagonizada por residentes em saúde da família inseridos em territórios de duas unidades de saúde de atuação da RMSFC-UPE na ESF do Campo de Caruaru, no Agreste Pernambucano, com a intenção de produzir saúde e enfrentar barreiras de acesso à saúde bucal.

2 MÉTODO

A intervenção em análise admitiu a importância de conhecer o olhar dos diferentes atores que participaram ou acompanharam o seu desenvolvimento (profissionais, residentes, usuários). Essa intencionalidade requer uma aproximação com os conteúdos subjetivos desses atores sociais, para conhecer as impressões, opiniões, sentimentos e saberes sobre a proposta; bem como, conhecer recursos e dificuldades dos usuários para obter o cuidado em saúde na ESF e dos profissionais e residentes em promover a saúde da população sob sua responsabilidade sanitária. Considerou-se pertinente realizar uma pesquisa qualitativa por considerá-la adequada para desvelar essas questões. Dentre os

procedimentos para esse tipo de estudo, optou-se pela utilização da técnica do grupo focal para obter dados por meio de discussões²⁶, que propiciam aos sujeitos expressarem livremente suas opiniões sobre um assunto²⁷.

O estudo foi realizado nas USF de Lagoa de Pedra e Xicuru, zona rural do Distrito Sanitário IV, da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, em espaços comunitários das áreas adscritas às USF, que cobrem respectivamente, uma população de 2.737 e de 1.811 habitantes. Em cada USF trabalha uma eqSF, compostas por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, além de sete e oito agentes comunitários de saúde (ACS) e uma eqSB composta por uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Durante o período definido às atividades práticas dos residentes, o consultório odontológico da USF Lagoa de Pedra esteve impedido de funcionar por questões estruturais. Nas áreas adscritas a essas duas USF, as ações coletivas intersetoriais da equipe de referência de saúde bucal, eram realizadas de forma pontual nas escolas municipais e a assistência individual, voltada às ações clínico-assistenciais, realizadas na modalidade de demanda espontânea. Nesse espaço eram realizadas apenas atividades de escovação supervisionada com aplicação de flúor, embora o município disponibilize os materiais para a realização do TRA.

No município, prevalece a população total urbana, apresentando 85.821 domicílios e 10.489 domicílios rurais. O Índice de Desenvolvimento Humano em 2010 foi de 0,677, a renda per capita foi de R\$ 553,99, maior que o estado de Pernambuco (R\$ 525,64)²⁸.

A rede de atenção à saúde do município é constituída por 73 unidades do programa federal de Estratégia de Saúde da Família, sendo 55 unidades na zona urbana e 18 na zona rural. Além disso apresenta 01 unidade escola, 04 centros de saúde, 01 academia da cidade, 02 academias da

saúde e 01 ambulatório médico, totalizando 77 UBS (Unidades Básicas de Saúde), contando com 65 eqSB, todas de modalidade tipo I. Sendo a cobertura da Atenção básica no município de 73,91% e a cobertura de saúde bucal na atenção básica de 66,03%²⁹.

A intervenção foi proposta pelas duas residentes do núcleo de odontologia inseridas nessas USF, no período de junho de 2018 a julho de 2019, tendo sido validada pelas preceptoras dentistas das eqSB das referidas USF e tutores docentes indicados pela RMSFC-UPE, que ofereceram supervisão continuada durante a intervenção. Houve colaboração de residentes dos núcleos profissionais de nutrição, serviço social, farmácia e psicologia nas ações de educação em saúde, como facilitadores de rodas de conversa e no apoio logístico às ações assistenciais.

O plano de intervenção adotou referenciais teórico-metodológico e intervencionista baseados em: concepções de saúde, modelos de atenção e vigilância à saúde, além da gestão participativa adotados para o SUS^{18,30,31}; bem como, em orientações para efetivar o trabalho interprofissional³², na Educação Popular em Saúde¹⁵ e nos estudos sobre tecnologias apropriadas aos contextos e realidades das populações cobertas pelas ESF^{20,33}. Dessa forma, à luz da integralidade, articularam-se ações promocionais, preventivas e de tratamento odontológico que foram implementadas com práticas participativas e comunitárias.

Ações definidas para a intervenção englobaram três momentos: I) diagnóstico da realidade com levantamento das necessidades odontológicas; II) planejamento e realização das ações coletivas de promoção e prevenção à saúde/bucal, utilizando-se de metodologias participativas de educação popular e estratégias pedagógicas que incluíram a ludicidade, brincadeiras, jogos e dinâmicas³⁴; III) ações

assistenciais de tratamento da cárie dentária com a tecnologia do TRA, que foram acompanhadas nas visitas de retorno aos escolares e nos domicílios dos participantes.

Previamente, foram realizadas visitas às escolas e aos domicílios das famílias das áreas indicadas pelas USF para a intervenção, além de articulação com ACS da área adscrita. Na sequência, realizou-se rodas de conversas com os comunitários, diretores e professores das escolas para partilhar sobre as ações propostas, saber do interesse em participar, obter sugestões e construir agenda de trabalho.

Participaram da intervenção 210 pessoas nos dois territórios, sendo 44 no território de Xicuru e 166 pessoas em Lagoa de Pedra. A idade dos participantes variou de 1 a 43 anos e a média de idade foi de 10,5 anos. Em Lagoa de pedra, dados do exame clínico de cárie mostraram que 130 pessoas apresentavam cárie não tratada. Já em Xicuru, 36 apresentavam cárie não tratada no momento do exame. Os escolares e moradores com necessidades de tratamento de cárie que tinham indicação para o TRA foram agendados e tratados. Os demais foram redirecionados para as USF ou referenciados para atenção especializada, para terem suas necessidades de tratamento de cárie satisfeitas.

Os sujeitos participantes foram os profissionais das duas USF, residentes da turma 2018-2020 atuantes nas USF do estudo e usuários participantes da intervenção e/ou os responsáveis pelos participantes menores de idade. Os mesmos foram organizados em três grupos segundo critérios de seleção, a saber: Grupo I – profissionais das duas USF que conheceram a proposta de intervenção, incluindo-se as preceptoras, e que estivessem em atuação a partir do ingresso dos residentes nas atividades dessas USF em março de 2018; Grupo II – residentes da RMSFC-UPE que participaram da intervenção com as residentes do núcleo de Odontologia;

Grupo III - usuários/comunitários participantes beneficiários das ações do plano de intervenção (promocionais /preventivas e de TRA) ou responsáveis por participante menores de idade.

Para a abordagem dos grupos, a pesquisadora responsável convidou, individualmente, os participantes desta pesquisa através da entrega de Carta-Convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluindo Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os participantes menores de idade, sendo realizadas leitura e esclarecimento de dúvidas antes da assinatura e aceitação para participar do estudo.

Após essa etapa, foram constituídos os três grupos focais e na sequência foram agendados os encontros no período de agosto a novembro de 2019, com duração média de 90 minutos, de acordo com as recomendações da técnica^{35,36}. Participaram do grupo 1, nove profissionais (02 enfermeiras das duas USF de referência, 01 médica, 01 dentista da eqSB e 05 agentes comunitários de saúde das duas USF de referência); do grupo 2, participaram seis residentes (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, sanitarista, psicólogo e nutricionista); e do grupo 3, participaram oito usuárias (5 mulheres adultas e 3 adolescentes maiores de 18 anos, que participaram diretamente da organização e atendimentos ou que tiveram algum membro da família que recebeu o tratamento de TRA durante as ações).

Uma moderadora, representada pela própria pesquisadora, conduziu os encontros dos grupos e as entrevistas foram orientadas por um roteiro-guia composto por perguntas abertas. Teve-se o cuidado de não induzir as respostas e nem interferir nas falas estimulando-se a participação de todos os presentes. Uma auxiliar de pesquisa foi responsável pela gravação e registro do início de cada fala para auxiliar na identificação dos participantes no momento da

transcrição dos discursos. Nessa identificação, adotou-se a letra “P” para se referir aos profissionais (P1, P2, P3...), “R” para residentes (R1, R2, R3...) e “U” para usuários (U1, U2, U3...) por serem as letras iniciais da palavra de cada grupo de participantes, preservando-se a identidade de cada um deles.

A formulação das perguntas considerou aspectos referentes ao cuidado integral em saúde bucal, à incorporação do TRA ao processo de trabalho das eqSB como uma tecnologia de cuidado apropriada às populações do campo, à problemática do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde geral e bucal do campo como uma condição de cidadania às populações rurais, além de impressões dos participantes sobre a intervenção realizada. Os debates e reflexões foram conduzidos por meio de uma pergunta norteadora comum aos três grupos focais *“Quais são as impressões do grupo sobre as ações de cuidado integral em saúde bucal com incorporação do TRA realizadas em espaços comunitários dos territórios das USF pelas dentistas residentes de odontologia?”*

Durante as entrevistas, as perguntas foram sendo ajustadas à linguagem de cada grupo para melhor compreensão. Todo o material dos depoimentos foi transcrito, sistematizado e categorizado para serem submetidos à análise de conteúdo temática categorial proposta por Bardin³⁷.

Esta técnica propõe três etapas aproximativas aos resultados: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação. Em síntese, inicialmente, foram feitas diversas leituras para apreender as unidades de registro significativas, com vistas a buscar atender os objetivos da pesquisa. Na sequência, realizou-se aprofundamento analítico em que as unidades foram agrupadas por semelhanças e divergências, formando temas que conduziram as inferências, estabelecendo assim, as categorias

temáticas do estudo, que não foram pré-determinadas, mas definidas conforme os depoimentos dos participantes para serem discutidas com embasamento teórico e reflexivo.

O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob CAAE: 24012619.1.0000.5207 e nº 3.748.534.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As falas do material coletado permitiram sistematizar os resultados do estudo em categorias de acordo com as temáticas que mais apareceram durante as fases de exploração, interpretação e aprofundamento analítico do material. Emergiram duas categorias temáticas: i) dificuldades de acesso aos cuidados em saúde bucal e ii) satisfação com as ações inovadoras de cuidado em saúde bucal.

Dificuldades de acesso aos cuidados em saúde bucal

A partir do diagnóstico das condições socioepidemiológicas das populações cobertas pelas USF, foi problematizada pelas residentes de odontologia a necessidade de enfrentamento das dificuldades de acesso odontológico. Nessa perspectiva, o plano de cuidado proposto foi concebido e implementado na busca de ampliar o direito de acesso à saúde bucal como uma condição de cidadania³. Sublinha-se que as análises dos relatos sobre “acesso e acessibilidade” às estratégias de APS planejadas pelas USF devem considerar os determinantes de ordem socioeconômica, bem como as inflexões do subfinanciamento crônico do SUS, adensado recentemente com o avanço das políticas ultraliberais impostas ao país. Tal fato ocasiona forte impacto nas condições de vida da população, no SUS e nas relações frágeis e precarizadas relações de trabalho em saúde³⁸⁻⁴⁰.

No grupo de usuários, identificou-se a

recorrência de argumentos sobre dificuldades de acesso às USF relacionadas à estrutura, acessibilidade e acesso diferencial à saúde bucal segundo a área de moradia:

“... já acabou a reforma desse posto? Faz 4 anos que tem essa reforma, aí disseram que faltava só uma energia pra ligar ele [o consultório odontológico] ... Só uma energia pra ligar ele! [...] A gente ia de cinco horas da manhã para pegar uma ficha pra dentista, quando tinha [...] Aí, sair cinco horas da manhã daqui é perigoso e ir lá pra cima naquele posto... e chegar lá não tem ficha, porque só serve mais para as pessoas que já tá lá. Quem mora próximo vai cedinho. A gente não tem como ir cedinho que mora longe” (U4).

“Voinho disse que tá há num sei quantos anos com a raiz do dente de fora, só esperando a unidade funcionar...” “A dentista era ótima! O tratamento de J. [filho de U3] eu tinha começado a fazer, aí depois que ela foi embora... aí o posto entrou em reforma e tá até hoje, né?” (U6).

“A sorte da gente tá sendo vocês que tá vindo aqui, porque se não... a gente só tem a agradecer vocês, por que não fosse vocês, tava ruim” (U3).

Reiteradamente, a literatura aborda as determinações de ordem socioeconômica e política que impactam na capacidade de prover os cuidados em saúde bucal às populações cobertas pela ESF^{5,7,10}. Os relatos acima evidenciam dificuldades do sistema de saúde local para garantir estrutura e acessibilidade, com disponibilidade de transportes para facilitar o acesso dos usuários das áreas mais distantes aos serviços de saúde bucal das USF. Fato esse também vivenciado pelos residentes, que se locomovem nos territórios dessas USF por conta própria para alcançar as áreas mais remotas, o que compromete o cuidado continuado e a formação de vínculo no contexto rural.

Adiciona-se a esses impedimentos a rotatividade de profissionais da ESF, relatada pelo participante “U6”, que é consequência da crescente instabilidade dos vínculos trabalhistas, explicada, entre outras razões, pela disputa política dos setores privados na saúde, determinando a direção do tipo de relações de trabalho observados na rede pública do SUS^{40,41}.

Salienta-se que as relações de trabalho precário observadas na rede pública de atenção à saúde, constituem-se em um obstáculo ao desenvolvimento do SUS, por comprometer a relação dos trabalhadores com o sistema de saúde e usuários, prejudicar a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados^{42,43}. Ademais, a alta rotatividade de gestores comprometidos e capacitados, por questões meramente políticas, dificulta a continuidade de boas práticas e a prestação de serviços de melhor qualidade pelos profissionais de saúde⁴⁴.

Já o grupo de profissionais focou suas discussões em torno das ações que foram conduzidas pelas residentes, no sentido de viabilizar o acesso dos moradores das áreas mais remotas dos territórios das USF aos cuidados em saúde bucal:

“Foi muito bom [a ação de saúde bucal] né? pela questão da dificuldade que o pessoal da zona rural tem né, de acesso à unidade. Exemplo do Sítio de Medeiros... é muito longe! ... isso facilitou bastante, principalmente para crianças com necessidade especial que tem na área de [P8] ... assim, foi bem legal. Todo mundo gostou bastante” (P4).

“Eu também achei bastante importante porque, além do acesso ser difícil, também tem muitas mães que botam dificuldade, que não levam [seus filhos], e vocês conseguiram chegar até elas. As vezes a gente orienta, a gente manda [encaminha para USF], só que elas dizem: “vou”, e

não vai. Aí vocês duas [residentes] se juntaram e chegaram lá...Aí vocês foram até elas, essas pessoas mais difíceis” (P7). “Além da questão da distância, o que eu vi de forma positiva foi o modo como vocês improvisaram, num certo sentido, a questão de trabalhar nas condições mais adversas, sem uma cadeira odontológica, sem determinados equipamentos, mas mesmo assim vocês conseguiam levar o atendimento” (P5).

Dessas falas, percebe-se o reconhecimento das estratégias adotadas pelas residentes para o enfrentamento das barreiras de acesso considerando a descentralização do cuidado em saúde bucal para além dos muros das USF e o emprego de tecnologias de cuidado apropriadas ao contexto de vida e cultura dos moradores do campo. Esse agir em saúde, vem ao encontro das discussões sobre a relevância da abordagem comunitária e familiar, propiciar aos profissionais um melhor conhecimento das relações dos usuários com a família e a comunidade, além de permitir o aprofundamento dos laços entre os profissionais, famílias e as comunidades^{41,45}. Nesse estudo, as discussões realizadas nos grupos focais sobre as impressões dos participantes acerca da intervenção geraram reflexões que identificaram a pertinência das ações realizadas em espaços comunitários, para promover atenção em saúde bucal aos grupos comunitários com maiores dificuldades de acesso às USF, além de indagações sobre a viabilidade dessas ações serem incorporadas permanentemente ao rol de atividades coletivas das eqSB.

Apesar desse reconhecimento, não foram identificadas reflexões críticas sobre as práticas em saúde realizadas pelas próprias equipes das USF, cujo processo de trabalho em saúde bucal é predominantemente curativo-assistencial, diferindo-se do que é requerido às eqSB da ESF para desenvolverem ações de saúde de âmbito individual e coletivo com adoção das abordagens

familiar e comunitária subsidiadas por análises de contexto realizadas de maneira multiprofissional^{10,16}. Ao mesmo tempo, revelaram-se desconhecimentos e resistências de alguns profissionais sobre uma atuação das eqSB fora das USF envolvendo a realização de tratamentos odontológicos:

“Eu acho que, realmente, só funciona se for um serviço à parte [...] só se for por outros profissionais, entendeu? Não a equipe básica... tipo, a dentista fixa e a ASB dela... Se for outras pessoas que venha agregar, porque a gente não tem pernas pra fazer tudo” (P4).

Ademais, apesar de P7 ter considerado que a intervenção foi ‘importante’, a sua opinião sobre o não cumprimento das mães sobre as orientações dadas denota, desconhecimento sobre as possíveis razões envolvidas nesse comportamento materno. Essa questão deve ser analisada considerando os determinantes de ordem profissional, social, cultural e subjetiva que podem estar interferindo na baixa utilização dos serviços de saúde pelas crianças das classes subalternas moradoras em áreas rurais.

Ao mesmo tempo, dificuldades relacionadas ao trabalho interprofissional também foram observadas entre os profissionais entrevistados:

“Eu nunca tinha conhecido esse sistema [TRA]. Eu não sabia que dentista podia atender em casa! Eu pensava que só existia aplicação do flúor... Eu não sabia que existia todo esse processo, de improvisar como se, realmente, fosse um consultório e fazer... Achei interessante” (P1).

Essas dificuldades profissionais identificadas são também evidenciadas por outros estudos^{12,41}. Em contraponto, a experiência do núcleo de residentes de odontologia, a partir da interpretação da realidade objetiva, apostou no tensionamento do que estava instituído para realizar modificações nos processos de trabalhos

das eqSB, na direção do estabelecimento de práticas coerentes com o contexto analisado em comunicação dialógica e participativa, na perspectiva freiriana⁴⁶.

De acordo com a percepção dos residentes, as ações em saúde bucal realizadas foram capazes não só de aumentar o acesso dos usuários ao tratamento através do TRA, mas também às ações promocionais e preventivas planejadas na perspectiva da integralidade e da interprofissionalidade:

“[A ação de saúde bucal] ampliou o acesso multiprofissional. Quando vocês fizeram esse processo com a fisio, com o fono, que é bem importante pra quem tem algumas limitações... tinha uma criança que precisava de uma cirurgia e vocês conseguiram fazer esse trabalho multi... eu acho que envolver outros profissionais, do jeito que vocês fizeram, ampliou também esse multi para os atendimentos com a comunidade” (R4).

“Então, é nessa perspectiva de democratização e ampliação do acesso que o TRA, nessa forma inovadora, e tão horizontalizada, conseguiu garantir [acesso] nos territórios. Essas pessoas não têm só acesso, têm direito de participar, de junto com as dentistas definir o dia, o horário, o melhor turno, o local... organizar o espaço, né? Então, as pessoas têm direito a acesso, à participação e têm direito ao conhecimento em si” (R5).

“...Traz a questão da promoção de saúde, de orientação e também pegando a questão bem centrada na prevenção, o TRA favorece essa prevenção, porque [o dentista] vai lá, faz o atendimento...” (R6).

Desses relatos, denota-se uma direção e intencionalidade por uma práxis dos residentes a favor dos grupos sociais mais vulneráveis, que devem ser abordados como sujeitos de direitos,

coerente com os pressupostos teórico-metodológicos propostos pela RMSFC-UPE, adotados para guiar o processo formativo e intervencionista implicado com a construção de práticas de educação e cuidado em saúde humanizadas, que considerem o contexto sociocultural e os saberes populares dos comunitários dos territórios de atuação dos residentes⁴⁷.

Satisfação com as ações inovadoras de cuidado em saúde bucal

Considera-se relevante conhecer as falas dos sujeitos beneficiários, sobre a avaliação da satisfação dos usuários e qualidade da atenção prestada, importantes indicadores a serem incorporados ao planejamento das equipes da ESF, uma vez que nesse âmbito é recomendada a participação comunitária em todas as instâncias de tomada de decisão; bem como na construção de práticas inovadoras, criativas e apropriadas ao contexto local para o enfrentamento dos problemas de saúde. Ademais, a partir da implantação da Política Nacional de Humanização¹⁸, a valorização da participação dos usuários, profissionais e gestores assumiu novos contornos com vistas à inclusão protagonista, compartilhada e corresponsável desses atores e para a melhoria nos modos de agir dos serviços de saúde e suas equipes⁴⁸. Constatou-se, de modo geral, que houve satisfação por parte dos usuários ao terem suas demandas de saúde bucal atendidas:

“...Foi bom. Fala U6 [filha de U5], que tu adorou, que teus dentes tá lindo! Se as meninas não tivessem aqui, ia começar a se estragar...” (U5).

“Vai muito do interesse das pessoas que trabalham, assim, feito vocês... A gente vê que vocês têm o maior prazer de vim, de atender... O atendimento foi bom demais... O atendimento de vocês é mil!” (U3).

Esses relatos destacaram aspectos

relacionados à humanização das práticas de saúde e à atitude empática dos profissionais da equipe executora da ação. Tais atributos são pilares da APS, que solicita uma atuação com estabelecimento de vínculos comunitários fortes, e comprometida com a melhoria das condições de saúde e de vida das populações sobre a responsabilidade sanitária das equipes de saúde^{26,49}.

Desse modo, esses resultados sugerem que o agir proposto pelas residentes foi acertado e coerente com o modelo de atuação centrado no território e nas necessidades de saúde da população⁵⁰.

A satisfação demonstrada pelos usuários com a ação realizada também foi identificada entre os relatos do grupo de residentes:

“De maneira geral existe um relato de satisfação das pessoas, né, e aí é a mãe que fica satisfeita que conseguiram atender na casa dela por tal demanda ou porque não conseguiu ir pra unidade, é a criança que faz questão de mostrar o dente restaurado, mostrar a massinha que mexeu, abrir a boca e mostrar pra gente rindo” (R5).

Por outro lado, apesar dos profissionais das eqSB não desenvolverem atividades coletivas com o mesmo enfoque adotado pela intervenção em análise, houve relatos positivos que valorizaram o trabalho proposto pelas residentes:

“Na minha área eu ouvi falar muito bem de vocês [dentistas residentes] ... do consultório do Sítio Medeiros que vocês montaram lá na casa da usuária [U3]” (P8).

“Ouvi aquela usuária, que tem uma filha com microcefalia, dizendo que foi atendida no ponto de apoio... dizendo que gostou” (P4).

Um estudo semelhante verificou que o impacto das ações de saúde bucal na comunidade foi percebido como não expressivo pelos dentistas

participantes que também viram uma maior prevalência das ações curativas e outros fatores limitadores à atuação das eqSB na ESF²⁷.

Sublinha-se, ainda, que o limite da ação para a resolutividade de todas as necessidades de tratamento odontológico dos usuários também foi percebido, tendo sido valorizadas as orientações de encaminhamento daqueles usuários com necessidades de tratamento odontológico não solucionadas pelo TRA para a USF ou outros pontos da rede de atenção à saúde bucal municipal:

“... tem material que vocês não podem trazer [na visita domiciliar] pra fazer uma obturação... não tem um equipamento... nem tudo dá pra fazer fora do consultório. Tem uns dentes que é mais comido, né? Outros são menos, que a restauração pode durar mais... Outros precisam ser encaminhados para arrancar” (U5).

“... eu acho que o atendimento por aqui está sendo muito bom, até porque, assim, tem os encaminhamentos também, entendeu?... O dentista encaminhar você e você só ter o trabalho de ir...” (U3).

Contudo, devido às fragilidades de comunicação e da regulação assistencial existentes nas áreas rurais de Caruaru, nem sempre foi possível monitorar, através do ViConSUS - Aplicativo de regulação para consultas da atenção secundária e terciária da Prefeitura Municipal de Caruaru -, o percurso dos usuários da ação na rede de atenção, com vistas à garantia do acesso e à obtenção do tratamento odontológico na atenção especializada. Essa questão deve ser analisada à luz dos fatores potencializadores ou impedidores para instauração da integralidade do cuidado e da regulação do sistema local de referência e contra referência para garantir o caminhar dos usuários na rede de atenção, que deve ser realizada sob a coordenação da equipe de referência das USF⁵¹.

Para que haja assimilação do princípio da integralidade na relação entre profissional e

usuários, é necessária uma intervenção em saúde para além da doença, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos sujeitos. É necessário superar, mais uma das modalidades de fragmentação no campo da saúde: a “cisão eu-outro”, ou seja, superar o “monopólio do diagnóstico de necessidades” e integrar a “voz do outro” neste processo⁵². Questões essas que foram perseguidas pela ação desenvolvida.

Como provável limitação do presente estudo, destaca-se o fato de ter sido conduzido por profissionais residentes, sob preceptoria local, podendo ter implicações nos resultados pela influência do contexto da ESF no desenvolvimento das experiências sobre o pesquisador social, assim como sua história de vida pessoal, bagagem profissional e cultural. Por outro lado, têm-se como pontos fortes os cuidados metodológicos adotados para a condução da coleta de dados e a contribuição da metodologia qualitativa na pesquisa em saúde para qualificar as avaliações subsidiadas por indicadores e dados quantitativos.

Novos estudos são necessários para aprofundar essas discussões e fornecer mais subsídios ao planejamento de trabalho em saúde do Campo, com vistas a operar mudanças que redundem na ampliação do acesso com equidade e na qualificação do cuidado integral em saúde bucal, que incorpore novas tecnologias de cuidado apropriadas ao contexto das populações do campo. Além disso, é necessária uma transformação dos planos de gestão, devendo-se garantir investimentos em políticas efetivas, específicas, evitando-se a transferência de planos de gestão orientados para a realidade dos centros urbanos.

4 CONCLUSÃO

Os participantes deste estudo perceberam como inovadora a iniciativa de cuidado em saúde bucal proposta para enfrentar as dificuldades de acesso às ações de saúde bucal por grupos de usuários do campo para terem suas necessidades de

saúde e de orientação satisfeitas. Contudo, o desinteresse à continuidade das ações implementadas, foram identificadas nos sentidos atribuídos por profissionais que trazem uma percepção respaldada na compreensão de uma atuação na ESF restrita e contrária às práticas em saúde de abordagem comunitária que foram exercidas.

ABSTRACT

Perspective of users, residents and workers on a community-based oral health intervention in the rural FHS

The aim of this study was to analyze a comprehensive community-based oral health care intervention carried out by residents of Dentistry in Family Health inserted in two health units in the rural area of the municipality of Caruaru/PE, according to the perspective of professionals, residents and users. The intervention included diagnosis and assessment of dental needs, collective actions in oral health and actions for caries treatment with atraumatic restorative treatment. Target groups were composed of schoolchildren and users from more remote areas included in the health units of Lagoa de Pedra and Xicuru. The qualitative study used the focus group technique for data collection. Three groups were formed: nine professionals, six residents and eight users. Interviews followed a script with open questions about oral health care and technologies used in the context of rural populations and access/accessibility to health units. Data were submitted to content analysis. Two thematic categories emerged: difficulties in accessing oral health care and satisfaction with implemented actions. Participants in the three groups positively evaluated the initiative of establishing a participatory educational/care relationship by opening up to community spaces and valued the approach adopted by the oral health intervention in dealing with problems that limit access to dental services and the reported collective actions. However, lack of interest in the continuity of actions carried out and contrary to community practices in oral health were reported

in the focus group of professionals. There is persistent presence of professional and structural factors that limit the guarantee of access to health of users from more remote areas included in health units.

Descriptors: Rural Health. Family Health. Oral Health. Comprehensive Dental Care.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Diário Oficial da União. 2013.
2. Silva VHF, Dimenstein M, Ferreira Leite J. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*. 2012; 10(19):267-85.
3. Martínez GR, Albuquerque A. O direito à saúde bucal na Declaração de Liverpool. *Rev Bioética*. 2017;25(2):224-33.
4. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate*. 2018;42(1):302-414.
5. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 148 p.
6. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface - Com Saúde Educ*. 2018;22(66):903-14.
7. Cavalcanti RP, da Silveira Gaspar G, de Goes PSA. Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS - uma comparação entre populações rurais e urbanas. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2012;12(1):121-6.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 48p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p.
10. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde Debate*. 2018;42(2):76-91.
11. Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. An oral health care network organized by large municipalities in Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(2):318-32.
12. De Souza MC, De Araújo TM, Reis Júnior WM, Souza JN, Alves Vilela AB, Ranco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Mundo da Saude*. 2012;36(3):452-60.
13. Dos Santos RR, Lima EFA, Freitas PSS, Galavote HS, Rocha EMS, Lima RCD. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2016;18(1):130-9.
14. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Cien Saude Colet*. 2010;15(suppl 1):1643-52.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
17. Melo MMDC. Análise de fatores associados ao desenvolvimento da cárie dentária em uma coorte de crianças da atenção primária à saúde do Recife. Tese Doutorado em Saúde Pública. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.
19. Frencken JE. Evolution of the the ART approach: highlights and achievements. *J Appl Oral Sci*. 2009;17 (Suppl.):78-83.
20. Silva CTC, Melo MMDC, Katz CRT, Carvalho EJA, Souza FB. Incorporação da

- técnica de restauração atraumática por equipes de saúde bucal da atenção básica à saúde do Recife/PE. *Arq Odontol*. 2018;54.
21. Busato IMS, Gabardo MCL, França BHS, Moysés SJ, Moysés ST. Avaliação da percepção das equipes de saúde bucal da secretaria municipal da saúde de Curitiba (PR) sobre o tratamento restaurador atraumático (ART). *Cienc e Saude Coletiva*. 2011;16(1):1027-22.
 22. Kuhnen M, Buratto G, Silva MP. Uso do tratamento restaurador atraumático na Estratégia Saúde da Família. *Rev Odontol UNESP*. 2013;42(4):291-7.
 23. Chibinski AC, Martins AS, Baldani MH, Wambier DS, Kriger L. Tratamento restaurador atraumático: percepção dos dentistas e aplicabilidade na atenção primária. *Rev Bras Odontol*. 2014;71(1): 89-92.
 24. Baldani MH, Ribeiro AE, Gonçalves JR da SN, Ditterich RG. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2018;42:145-62.
 25. Sousa MCA. Promovendo saúde em crianças de uma escola quilombola na zona rural: relato de experiência. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2012; 14(2):25-30.
 26. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2009;19:777-96.
 27. Soares EF, Reis SCGB, Freire MCM. Percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação das equipes de saúde bucal em Goiânia, em 2009: estudo qualitativo. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(3):483-90.
 28. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística: Caruaru-PE [Internet]. 2010 [Acesso em 16 jun. 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/caruaru/pesquisa/23/47427?detalhes=true>.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. E-GESTOR [Internet]. Informação e Gestão da Atenção Básica. 1967 [Acesso em 16 jun. 2021]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. 2011.
 31. Paim JS. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica*. 2013;29(10):1927-53.
 32. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020; 18(1): e0024678.
 33. Merhy EE, Franco B. Trabalho em Saude. In: Preira IB, Lima JCF (Orgs). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p.427-32.
 34. Pedrosa JIDS. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200190.
 35. Dawson S, Manderson L, Tallo VL. *Methods for social research in disease. A Manual for the use of Focus Groups* [Internet]. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries. 1993. [Acesso em 16 jun. 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/41795>.
 36. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.
 37. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições. 2011; 70p.
 38. Bastos PPZ. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. *Rev Econ Contemp*. 2017;21(2):e172129.
 39. Antunes R. *Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil*. *Estud Avanç*. 2014;28(81):39-3.

40. Oliveira RS, Morais HMM, Goes PSA, Botazzo C, Magalhães BG. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saúde Soc.* 2015;24(3):792-802.
41. Guimarães EMS. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: Serviço Soc Soc. 2017;1(130):564-82.
42. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(3):e2500016.
43. Brasil. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS. Perguntas e respostas: comitê nacional interinstitucional de desprecarização do trabalho no SUS. 2006 [Acesso em 16 jun. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf.
44. Seidl HMF, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno JL. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. *Saúde Debate.* 2014;38:94-108.
45. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. *Saúde Soc.* 2009;18(3):515-24.
46. Costa A. Educação popular e diálogo: precisa a educação (popular) ser dialógica(?). In: Rosas AS, Melo Neto JF (Orgs). *Educação popular: enunciados teóricos*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2008.
47. UPE. Plano pedagógico da residência multiprofissional em saúde da família com ênfase na saúde das populações do campo. Recife: UPE, 2015. 24p.
48. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis.* 2010;20(4):1419-40.
49. Graff VA, Toassi RFC. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2018;28(3):e280313.
50. Morosini MVGC, Corbo AD. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. 240 p.
51. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2013. p. 294-303.
52. Pinheiro R, Mattos R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.89-111.

Correspondência para:

Márcia Maria Dantas Cabral de Melo
e-mail: marciamdcm@hotmail.com
Av. Prof. Artur de Sá, 329/481
Cidade Universitária
50670-420 Recife/PE