



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
ALANE FERREIRA BATISTA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Processo de trabalho dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado de Santa Catarina, segundo ações em âmbito escolar e visita domiciliar: estudo descritivo

Palhoça
2021

ALANE FERREIRA BATISTA

Processo de trabalho dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado de Santa Catarina, segundo ações em âmbito escolar e visita domiciliar: estudo descritivo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela de Rossi Figueiredo

Palhoça

2021

ALANE FERREIRA BATISTA

Processo de trabalho dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado de Santa Catarina, segundo ações em âmbito escolar e visita domiciliar: estudo descritivo

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Orientadora Dr.(a) Daniela de Rossi Figueiredo

Profa. Dr.(a) Beatriz Serrato Coelho
Universidade do Sul de Santa Catarina

Espec. Haroldo Baêta Filho
Prefeitura Municipal da Palhoça

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a **Deus** por me permitir realizar um sonho de infância, diante de todos os obstáculos enfrentados nestes anos, acredito que ele esteve sempre ao meu lado me fortalecendo.

A minha **Mãe** que mesmo à distância abraçou o meu sonho, e sempre me apoiou, e compreendeu a necessidade da minha ausência durante esse período. Aos meus **familiares** que mesmo de longe sempre torceram por mim, e pelo meu sucesso.

A minha orientadora, **Daniela Figueiredo de Rossi**, por ter me orientado sempre com muita paciência e dedicação, mesmo diante de minhas dificuldades, conflitos e problemas pessoais, seguiu junto comigo, me apoiando muito, eu não poderia ter escolhido orientadora melhor. Muito obrigada por tudo.

A minha dupla perfeita **Júlia** pela parceria durante todos esses anos, lembro que nós nunca nos escolhemos como dupla foi algo que aconteceu naturalmente quando precisávamos fazer duplas nas atividades de anatomia lá na 1ª fase. Obrigada duplinha, por tornar tudo mais leve, com toda essa tua calma, te amo muito.

As minhas Creuzinhas **Carol, Letícia, Kettylin e Júlia** pela nossa amizade, o nosso grupo sempre se identificou em vários aspectos, todas as cinco com histórias de vida parecidas, sabemos o quanto foi difícil chegar até aqui, já passamos muitos perreques juntas, muitos ônibus lotado cheias de maletas, muitas marmitas, muitas revisões antes das provas, muitos seminários, e muitos momentos bons de festas e comemorações enfim, só tenho à agradecer por ter vocês em minha vida, e por não terem permitido eu trancar a faculdade.

Gostaria de agradecer a um grupo muito especial que se formou em um momento bem difícil, onde passamos a nos ver só pela tela do computador, as **WildCats**, muito obrigado pela amizade de todas.

A **Clara, Ida Carolina, Isadora, Maria Eduarda**, meu muito obrigado por todas as caronas nesses anos, serei sempre grata.

A minha banca examinadora, **Haroldo Baêta Filho**, meu muito obrigado por ter aceitado o convite, e a **Prof.ª Beatriz Serrato Coelho**, muito obrigada por ter aceitado fazer parte deste momento, e pela empatia e compressão quando eu pensei em desistir.

A todos os **professores** do curso de Odontologia da Unisul que foram essenciais para minha formação.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o processo de trabalho dos Cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado de Santa Catarina (SC), pelas atividades extra Unidade básica de saúde (UBS), ações em âmbito escolar e de visita domiciliar. **Método:** Estudo descritivo, de caráter transversal com dados secundários do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ano de 2013/2014. Para a coleta de dados foram selecionadas variáveis referentes a ações em âmbito escolar e de visita domiciliar, dos municípios de SC, amostra total de 275. A análise descritiva pelo EpiData Analysis e associações por porte populacional foram conduzidas pelo software Stata versão 13, através do teste de Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$).

Resultados: 97% das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) avaliadas realizam atividades em âmbito escolar, 80,0% das ESBs relataram realizar levantamento de condições bucais., mais de 70,0% das equipes afirmam realizar visita domiciliar, 90% realizam orientações de higiene bucal e mais de 80,0% consultas a pacientes acamados e/ou domiciliados, 55,8% afirmaram não realizar procedimentos clínicos no atendimento domiciliar. Municípios de pequeno porte apresentaram menores proporções de relato das atividades em âmbito escolar e consultas domiciliares, quando comparados aos municípios de grande porte. **Conclusão:** Maior proporção de relato das ESBs foram para as atividades focadas em orientação de higiene bucal para escolares e consultas diagnósticas domiciliares. ESBs de municípios de pequeno porte relataram menor prevalência de atividades extra UBS destacando a importância da gestão e de maior organização do processo de trabalho em saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal, Visita domiciliar, Serviço de saúde escolar.

SUMÁRIO

CONTEXTUALIZAÇÃO	8
OBJETIVOS	15
ARTIGO	16
CONCLUSÃO DO TCC	29
REFERÊNCIAS DA CONTEXTUALIZAÇÃO	30

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Esta monografia de TCC buscou elucidar o processo de trabalho do cirurgião-dentista acerca de atividades externas à Unidade Básica de Saúde, como o Programa Saúde na Escola e as visitas domiciliares inseridas no Programa Melhor em Casa. A seguir uma abordagem acerca da temática será desenvolvida.

1.1 SUS

O SUS foi idealizado pela reforma sanitária brasileira, firmado na 8ª Conferência de saúde, em 1986 e legitimado na constituição de 1988, Constituição Cidadã, que nos capítulos 196 a 200 reafirmam a importância da organização de uma atenção à saúde como direito de todos e Dever do Estado e que atenda integralmente no sentido da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Enquanto que, o artigo 200, garante constitucionalmente um Sistema de Saúde que contemple ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, ações intersetoriais, dentre outras⁽¹⁾.

Neste contexto histórico, as leis Orgânicas da saúde, denominadas de 8080/90, que trata do funcionamento dos serviços, discorreram sobre os princípios doutrinários, que são Universalidade, Equidade e a Integralidade das ações⁽²⁾.

O princípio da Universalidade, afirma que a saúde é um dever do estado, e que todos os cidadãos brasileiros têm direito a atenção em saúde gratuitamente. A equidade trata-se a respeito de tratar desigualmente o desigual, não implica em igualdade, pois indivíduos diferentes, têm necessidades diferentes, sejam elas coletivas ou individuais, A integralidade discorre e afirma que o usuário do SUS têm direito contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, para cada caso em todos os níveis de atenção e de complexidade do sistema, ou seja, da vacina ao tratamento complexo para um câncer, esses princípios demonstra que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de cada pessoa.⁽³⁾

Além dos princípios organizativos, descentralização, regionalização, participação social, os três princípios citados estão relacionados à forma de organização e atribuições dos gestores municipais e estaduais, que devem buscar a melhor forma de organizar com eficiência, para garantir a eficácia e efetividade do SUS em todos os níveis de organização, por exemplo um hospital de referências para determinada patologia que atende e recebe os pacientes de outra cidade⁽⁴⁾.

O princípio fundamental do SUS, Integralidade das ações, busca responder de maneira integral aos 3 níveis de atenção à saúde, tendo a atenção primária a responsabilidade de resolver 80% dos problemas de saúde da população, segundo Starfield (2002) a atenção primária aborda os

problemas mais comuns na comunidade, oferecendo prioritariamente a prevenção para maximizar a saúde e o bem-estar. É considerada a porta de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade)⁽³⁾⁽⁴⁾. Além disso, são considerados princípios orientadores: Primeiro contato: implica na acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema, quando um usuário procura atenção à saúde; Longitudinalidade: consiste, ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família; Abrangência: são às ações programadas para aquele serviço e qual a sua adequação às necessidades da população. Coordenação: relaciona-se à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção quando necessário⁽⁵⁾,⁽³⁾.

No Brasil a atenção primária se configura na Estratégia Saúde Família deve ser organizada a partir de um equipe multiprofissional com atuação na comunidade, onde cada um dos profissionais deve desenvolver ações de saúde dentro da sua competência e especialidade, desse modo a ESF irá promover ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários.⁽⁶⁾

1.2 SAÚDE BUCAL NO SUS: PROCESSO DE TRABALHO

Com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação, melhorar indicadores para saúde bucal e de incentivar a reorganização da saúde bucal da população, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.444, em dezembro de 2000, incluindo as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia Saúde da Família (ESF).⁽⁷⁾

Segundo o caderno de Atenção Básica nº 17 é de competência do Cirurgião-Dentista (CD) que atua na atenção básica por meio da ESF:⁽⁶⁾

Quadro 1: Descrição das competências do Cirurgião-dentista segundo Ministério da Saúde, 2006:

I-	Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.
II-	Realizar procedimentos clínicos da atenção Básica em saúde bucal. Incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.
III-	Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.
IV-	Encaminhar e orientar usuários quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.
V-	Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.
VI-	Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
VII-	Contribuir e participar das atividades de Educação permanente do técnico em higiene dental (THD) auxiliares de consultório dental (ACD) e ESF.
VIII-	Realizar supervisão técnica do THD e ACD.
IX-	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Saúde da Família (USF).

Fonte: BRASIL. Ministério da saúde. Cadernos de Atenção:17 saúde bucal. Brasília: Ministério da saúde

A organização dos atendimentos de saúde nas Unidades Básicas de Saúde, envolve toda uma equipe multiprofissional atuando na comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde, a partir das necessidades de cada usuário/família.⁽⁷⁾

A equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica não se limita a atendimentos clínicos dentro do consultório, mas sim com ações em diferentes áreas de conhecimento. Deve-se contemplar: Ações intersetoriais, ou seja, realizar intervenções de mudanças sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente; Ações educativas, levar informações aos usuários no controle do processo saúde-doença abordado temas como, quais são as principais doenças bucais, e suas formas de prevenção,

higiene bucal e a importância da escovação com dentífrico fluoretado, a prevenção à exposição solar sem proteção, os malefícios do uso excessivo de álcool e fumo, dentre outros; Ações de promoção à saúde com criação de ambientes que conduzam a saúde, construções de políticas saudáveis, fortalecimento das ações comunitárias, foco na população como um todo, as abordagens devem estar orientadas para reduzir as desigualdades sociais; Ações de assistência: realização de intervenções clínicas curativas, de cunho individual ou coletivas, e esses atendimentos devem abranger ações de demanda organizada, compatibilizando a demanda espontânea e a programada.⁽⁸⁾

Os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são a cárie dentária, doença periodontal e câncer de boca. Segundo SB Brasil 2010, na dentição decídua (5 anos), a prevalência e gravidade de cárie ainda continuam altas e com alto percentual (mais de 80%) de dentes não tratados (cariados), na adolescência o índice CPO-D duplica em relação aos 12 anos, com prevalência do componente perdido. Para a condição periodontal, um aumento na presença de bolsa periodontal em adolescentes é evidenciado.⁽⁹⁾

1.3 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO ESCOLAR

O ambiente escolar é um espaço propício para o desenvolvimento de habilidades, e incentivo para hábitos mais saudáveis, principalmente para crianças e adolescentes, portanto é um local oportuno para práticas de promoção de educação em saúde. Atividades e programas de promoção à saúde que envolvem saúde mental, alimentação saudável, atividades físicas apresentam maior efetividade.⁽¹⁰⁾

No Brasil, ambientes escolares favoráveis à promoção da saúde foram associados a melhores condições de saúde bucal, com menores prevalências de cárie e traumatismo dentário, além de melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal.⁽¹⁰⁾

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o ambiente escolar como um local favorável para a promoção de saúde, através da abordagem das Escolas Promotoras de Saúde (EPS), agregando conhecimentos e práticas de saúde na grade curricular.⁽¹¹⁾ No Brasil, o trabalho educativo em saúde, vivenciado na escola, consolida a cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Educação, tornando a escola um ambiente de promoção à saúde, autocuidado e prevenção, diversificando o campo de atuação, além de fornecer atividades em conjunto com a Atenção Primária em Saúde.^{(10), (12)}

Hábitos alimentares, práticas de higiene bucal e tabagismo estão diretamente associadas à saúde bucal. A adolescência é uma época marcada por mudanças, rebeldia, instabilidade emocional, ganhos de autonomia, novas experiências e responsabilidades. Essa transição da adolescência para a vida adulta, costuma iniciar comportamentos de risco à saúde e um período de risco para a cárie, em decorrência do precário controle de placa e da redução dos cuidados com a escovação dentária, que geralmente tendem a prevalecer ao decorrer da vida. ^{(15), (16)}

Assim, a fase escolar é um momento propício a orientar tanto crianças como adolescentes, quanto à realização de higiene bucal, a prevenção dos principais problemas de saúde bucal, a realização de palestras abordando temas relevantes relacionados à saúde bucal como: o tabagismo; hábitos alimentares; como se dá o processo da formação da doença cárie; doença periodontal; halitose; câncer bucal; o uso do piercing na cavidade bucal e o uso de aparelhos ortodônticos falsos.⁽¹²⁾ Dentre as principais atividades de promoção à saúde temos palestras educativas, levantamentos epidemiológicos, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, e bochechos fluoretados, preferencialmente essas ações são realizadas em escolas, centros de educação infantil, e instituições de ensino. Podendo ser realizada também em empresas, centros comunitários, ou na unidade de saúde juntamente com as atividades para os grupos atendidos pela equipe multiprofissional.⁽¹⁴⁾

A capacitação dos profissionais escolares e o planejamento em conjunto com os profissionais da saúde, é essencial para dar continuidade ao processo de educação tornando as ações educativas mais efetivas. ⁽¹⁷⁾

1.4 SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar (AD) foi instituída pela portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011 que foi substituída pela portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011. A AD constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” ⁽¹⁸⁾

Caracteriza-se por realizar ações sistemáticas, claras e regulares para promover a integridade da saúde, e ações de reabilitação, e tem como objetivo principal atender o paciente em domicílio que estejam impossibilitados de se locomover até a Unidade Básica de saúde (UBS), temporariamente ou permanentemente. Dentre os grupos atendidos na atenção básica, três grupos em especial fazem parte dos assistidos pela atenção domiciliar, são eles: Pacientes com Necessidades Especiais (PNEs);

Acamados e/ou pacientes que estejam temporariamente domiciliados; Puérperas / Recém-nascidos (RN).^{(19), (20)}

A indicação de acompanhamento domiciliar é determinada, através do grau de necessidade ou incapacidade do paciente, e devem ser priorizados os grupos mais vulneráveis, como: pacientes idosos que moram sozinhos ou que apresentam dificuldades de locomoção, portadores de doenças crônicas que apresentam dependência física, entre outros.^{(19), (20)}

A AD atua diretamente no ambiente familiar, então a colaboração da família e/ou dos cuidadores é essencial para a efetividade e continuidades das atividades realizadas nas visitas domiciliares (VD), sendo assim, as famílias têm uma responsabilidade direta na manutenção do tratamento. Caso o cuidador e/ou familiar não possua formação técnica na área da saúde, cabe à equipe de saúde habilitá-lo para realização de tarefas simples que irão contribuir na assistência.⁽²⁰⁾

As Diretrizes da PNSB¹² indicam que ações de educação em saúde bucal, educativas e preventivas, a nível coletivo podem ser aplicadas pelos TSBs, auxiliares de saúde bucal e ACS, porém o seu planejamento e supervisão é de responsabilidade do CD. Compete ao profissional levar ações de promoção e prevenção à saúde bucal, e se houver necessidade encaminhar esses pacientes para atendimento odontológico de nível assistencial adequado, o atendimento não deve se limitar apenas à saúde bucal, mas a promoção da saúde geral, por meio de uma troca entre profissionais, oferecendo um atendimento completo e multiprofissional.^{(21), (22)}

A equipe básica do programa Melhor em Casa é composta por: médicos, enfermeiros, fisioterapeuta ou um assistente social, auxiliares ou técnicos de enfermagem. A Odontologia faz parte da EMAP (equipe multidisciplinar de apoio).⁽²²⁾

A maior parte dos assistidos na AD são idosos e seus principais problemas bucais são: Próteses totais, mal adaptada; Edentulismo; Alterações na mucosa bucal, língua e glândulas salivares, podendo apresentar xerostomia ou hipersalivação; Atrofia do osso alveolar; Disfunção têmporo-mandibular; e incidências de neoplasias malignas. Orientações podem ser iniciadas como instruções de higiene bucal e higienização de próteses, orientações de dieta, remoção de hábitos deletérios.⁽¹⁸⁾

Existe uma necessidade de organizar as práticas de saúde bucal domiciliar, para que o profissional tenha as condições de trabalho adequada para realizar a VD, como a disponibilidade consultórios odontológicos móveis, ou transportes para locomoção destes pacientes até a unidade de saúde, casos necessitem de procedimentos mais invasivos ou encaminhamento ao Centro de Especialidades Odontológicas.⁽¹⁹⁾

A atenção domiciliar por meio da assistência e atividades promovidas pela equipe de saúde bucal, oferece principalmente aos idosos e acamados dependentes, uma melhor qualidade de vida,

um diagnóstico preciso da sua condição bucal, realizando intervenções e monitorando a evolução da saúde bucal evitando agravos ou diagnósticos tardios. ^{(21), (23)}

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de trabalho das ações educativas e de visita domiciliar, segundo PMAQ-AB 2º ciclo (2013/2014), realizada pelos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), do Estado de Santa Catarina, segundo porte populacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar prevalência da realização de atividades de saúde bucal, do registro e do levantamento do número de escolares que necessitam de atendimento clínico pela ESB no Programa saúde na escola.
- Identificar a prevalência da realização de visita domiciliar, orientações de saúde bucal e realização de procedimentos clínicos no âmbito domiciliar pela ESB.
- Testar associação entre os portes populacionais dos Municípios de Santa Catarina e prevalência de atividades de saúde bucal no Programa saúde na escola.
- Testar associação entre os portes populacionais dos Municípios de Santa Catarina e prevalência de visita domiciliar e da realização de procedimentos clínicos.

ARTIGO SERÁ SUBMETIDO À REVISTA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDADE PASSO FUNDO (RFO)

Processo de trabalho dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do
Estado de Santa Catarina, segundo ações em âmbito escolar e visita domiciliar: estudo descritivo

Alane Ferreira Batista¹

Daniela de Rossi Figueiredo¹

¹ Universidade do Sul de Santa Catarina, Curso de Odontologia, Palhoça, Santa Catarina, Brasil

Endereço para correspondência

Email: alanebatista1994@gmail.com
Avenida Pedra Branca, 363,
Cidade Universitária Pedra Branca,
CEP 88137-270, Palhoça, SC
Telefone: 55 (48) 3279-1028

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde brasileiro, denominado SUS, reconhecido mundialmente, consolidou-se de um processo social de luta pela saúde, essa luta esteve representada por trabalhadores das áreas da saúde, pesquisadores e militantes dos movimentos sociais nas últimas décadas. A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde.⁽¹⁾ Em 1994, foi implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, com o objetivo explícito de mudar a prática assistencial na atenção básica, sob a lógica da abordagem familiar.⁽²⁾

A incorporação oficial das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia ocorreu em dezembro de 2000, com a publicação da Portaria MS 1.444/2000.⁽³⁾ O processo de trabalho de saúde bucal no SUS integra uma equipe de Atenção Primária à Saúde vinculada à população de um território, com a qual estabelece relação de confiança, tem responsabilidade sanitária e compreende as suas especificidades e reais necessidades. Cada equipe é responsável por determinada região geográfica e devem seguir os quatro atributos essenciais preconizados por Starfield (2002) que são primeiro contato, longitudinalidade ou continuidade, integralidade e coordenação.⁽⁴⁾

O Cirurgião-dentista (CD) deve desenvolver competências além do consultório, saindo da prática restrita ao consultório e equipamento odontológico para atuar juntamente com a equipe nas ações de promoção à saúde.⁽⁵⁾ Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), 2014 dentre as atribuições do processo de trabalho do CD no SUS destaca-se o conhecimento epidemiológico das condições bucais de escolares, incluindo o percentual de crianças livres de cárie e ação coletiva de escovação dental supervisionada.⁽⁶⁾ Desta maneira, a participação do Cirurgião-dentista na atenção à saúde é de extrema importância na promoção da saúde e na prevenção de doenças da cavidade bucal, com a cárie dentária, gengivite, periodontite, assim como outras patologias como câncer, diabetes, hipertensão, diabetes juntamente com os demais profissionais da ESF.^{(5). (7)}

No Brasil, é oportuno ressaltar que a distribuição das doenças bucais se dá de forma irregular, acompanhando diferenças no acesso a serviços e medidas promocionais/preventivas, inclusive da água fluoretada.⁽⁸⁾ Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD⁽⁹⁾ aproximadamente 30 milhões de brasileiros nunca haviam acessado qualquer forma de atenção odontológica no Brasil; destes, quase 20 milhões eram crianças e jovens até 19 anos, muitos dos quais vivendo em áreas urbanas e regiões metropolitanas; mais de 2/3 dos idosos brasileiros são desdentados totais após os 70 anos de idade.

Desta maneira, sabe-se que o ambiente escolar é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. No Brasil, o Programa Saúde

na Escola (PSE) se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde como parte de uma formação ampla para a cidadania e promove a articulação de saberes e a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral ao tratar a saúde e educação de forma integral.⁽¹⁰⁾ Destaca-se o mapeamento de risco, atividades preventivas como escovação supervisionada e meios adicionais de fluoretos e intervenções como o tratamento restaurador atraumático (TRA).^(11,12) Revisão sistemática comprovou a efetividade de métodos minimamente invasivos em ambientes escolares como meios de redução da progressão da cárie.⁽¹²⁾

Salienta-se também dentro do processo de trabalho no SUS a atenção domiciliar (AD) voltada para indivíduos com fragilidades e necessidade de atenção em seus domicílios, como idosos com dificuldades de locomoção e pessoas com necessidades especiais. No caso da saúde bucal, são previstas estratégias preventivas e intervenções in loco para controle dos principais agravos de saúde bucal no Brasil.⁽¹³⁾ Idosos restritos ao domicílio no Brasil são afetados pelas perdas dentárias, cárie dentária, doença periodontal, xerostomia e lesões dos tecidos moles.⁽¹⁴⁾

Além disso, com o intuito de instituir a cultura de análise, avaliação e intervenção nas equipes e nos sistemas locais de saúde do Brasil, visando produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com o que se espera da Atenção Primária em Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foi realizado em 3 ciclos. Em Santa Catarina, no segundo ciclo, período de 2013/2014, 99,3% dos municípios realizaram a adesão ao programa, incluindo a Saúde Bucal, totalizando 293 municípios.^{(15), (16)}

Considerando os agravos bucais prevalentes, o reconhecimento do trabalho do Cirurgião-dentista nas diversas vertentes da atenção primária em saúde do SUS, incluindo ambientes extra unidade de saúde, este estudo objetiva descrever à luz da avaliação do PMAQ-AB 2º ciclo (2013/2014), o processo de trabalho de ações educativas e de visita domiciliar, realizada pelos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), no estado de Santa Catarina.

MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO E POPULAÇÃO

Estudo ecológico, segundo banco de dados do PMAQ-AB e informações do processo de trabalho do Cirurgião-dentista do Estado de Santa Catarina, nos anos de 2013/2014. Os Municípios foram divididos segundo o porte populacional.

O porte populacional foi definido segundo IBGE (2019)⁽¹⁷⁾, para isso, uma consulta ao DATSUS-TABNET- Informação demográfica segundo Estimativas de 1992 a 2019 utilizadas pelo Tribunal de Contas da União para determinação das cotas do FPM (sem sexo e faixa etária), no caso do estudo no último ano de referência. Classificado em pequeno, municípios com até 25 mil habitantes, médio com mais de 25 até 100 mil, e grandes, municípios com mais de 100 mil habitantes.

VARIÁVEIS

As variáveis foram extraídas do banco de dados do PMAQ-AB, 2º ciclo que é de domínio público e está disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/> . As variáveis relacionadas ao processo de trabalho do CD foram disponibilizadas de maneira dicotômica (sim/não): A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar? A Equipe de Saúde Bucal realiza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar? Existe documento que comprove? No atendimento domiciliar quais procedimentos os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam: Apenas orientação de higiene oral?, Consultas (usuário idoso e/ou acamado com doença crônica domiciliado/acamado) e Realização de procedimentos clínicos?

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados serão apresentados em tabelas de contingência segundo estatística descritiva. Será utilizado o Excel para criação do banco de dados e dos gráficos e EpiData para estatística descritiva. Para as associações entre a prevalência de visitas domiciliares e ações educativas realizadas pela ESB entre os portes populacionais será utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. A significância estatística será $p \leq 0,05$. O software utilizado será o STATA, versão 13.

RESULTADOS

Foram analisados 275 municípios. Segundo porte populacional, observou-se maior proporção de municípios de pequeno porte (Figura 1).

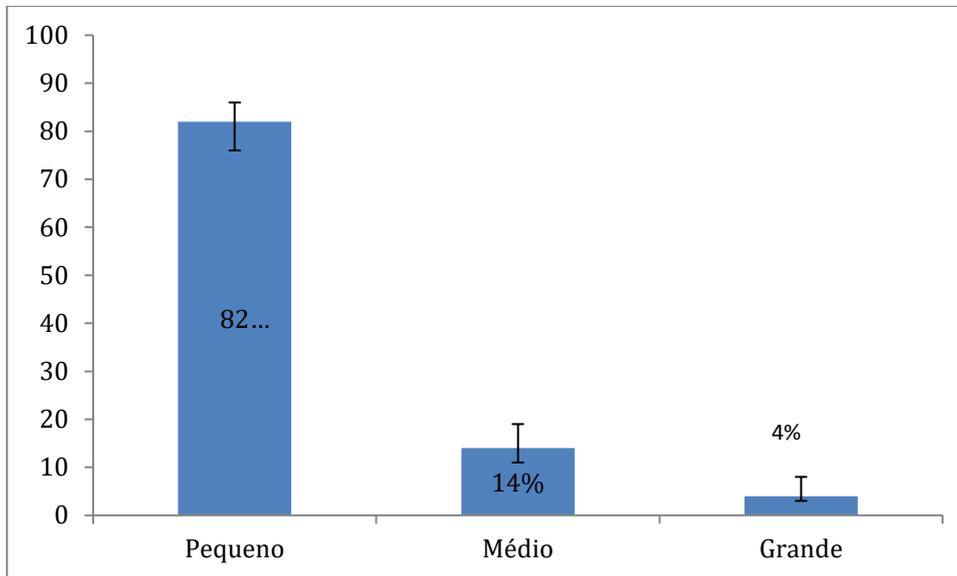


Figura1. Distribuição percentual dos Municípios de Santa Catarina segundo porte populacional (n=275).

Dentre as equipes de saúde bucal avaliadas 96,7% realizam atividades nas escolas e/ou creches e, 96,6% (IC: 93.7-98.2) possuem registros das atividades realizadas. Referente a documentos que comprovem as atividades em âmbito escolar 97,7% possuem estas documentações. Quanto ao levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico, 80,0% das equipes relataram realizar esse levantamento (Tabela 1).

Tabela 1. Avaliação das ações educativas realizadas pelos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado de Santa Catarina. (n=275)

Variável	n	%	IC 95%
A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche? (n=275)			
Sim	266	96,7	(37,3-50,8)
Não	9	3,3	(49,0-62,4)
Equipe de Saúde Bucal possui registro das atividades realizadas na escola/creche? (n=266)			
Sim	257	96,6	(93,7-98,2)
Não	9	3,4	(1,8-6,3)
Existe documento que comprove? (n=256)			
Sim	250	97,7	(95,0-98,9)
Não	6	2,3	(1,1-5,0)
A Equipe de Saúde Bucal possui levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico? (n=255)			
Sim	204	80,0	(74,7-84,4)
Não	51	20,0	(15,6-25,3)
Existe documento que comprove? (n=201)			
Sim	180	89,6	(84,6-93,1)
Não	21	10,4	(6,9-15,4)

Dentre as ESB 74,9% afirmam que a equipe de saúde bucal realiza visita domiciliar, quanto a realização de algum protocolo, ou documento com a definição de situações prioritárias para visita domiciliar 48,2% afirmam realizar e, 78,2% possuem documentos que comprovam a realização das visitas domiciliares. Dos procedimentos realizados durante a visita domiciliar 89,8% realizam orientações de higiene bucal, 84,3% realizam consultas a pacientes idosos e/ou acamados com doença crônica ou domiciliados. Referente a procedimentos clínicos 55,8% afirmam não realizar procedimentos clínicos no atendimento domiciliar (Tabela 2).

Tabela 2. Avaliação das ações de visita domiciliar, realizada pelos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Estado de Santa Catarina, (n=275)

Variável	n	%	IC 95%
Realiza visita domiciliar? (n=275)			
Sim	206	74,9	(69,5-79,7)
Não	69	25,1	(20,3-30,5)
Realiza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar? n=220)			
Sim	106	48,0	(41,7-54,8)
Não	114	52,0	(45,2-58,3)
Existe documento que comprove? (n=101)			
Sim	79	78,2	(69,2-85,2)
Não	22	21,8	(14,8-30,8)
No atendimento domiciliar os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam:			
Apenas orientação de higiene bucal (n=206)			
Sim	185	89,8	(84,9-93,2)
Não	21	10,2	(6,8-15,1)
Consultas domiciliar (usuário idoso e/ou acamado com doença crônica) (n=210)			
Sim	177	84,3	(78,8-88,6)
Não	33	15,7	(11,4-21,2)
Procedimentos clínicos (n=208)			
Sim	92	44,2	(37,7-50,7)
Não	16	55,8	(49,3-62,3)

Associações significativas foram observadas entre os portes populacionais e realizar visita domiciliar, um aumento gradativo da proporção de realização foi observado, 100% dos municípios de grande porte as ESBs declararam realizar visita domiciliar. Por outro lado, 24% (IC95% 18,6;30,1) dos municípios de pequeno porte, as ESBs relataram não realizar levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico, tendo significativa diferença com os outros portes populacionais. Da mesma maneira, quase 20% (IC95% 13,7;25,6) dos municípios de pequeno porte declararam não realizar consulta domiciliar em casos de idosos e/ou acamados com doenças crônicas (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre porte populacional e ações educativas e de visita domiciliar, realizada pelos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Estado de Santa Catarina, (n=275)

Variável	Pequeno porte		Médio porte		Grande porte		Valor de p
	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	
Realiza visita domiciliar? (n=275)							0,014
Sim	160 (71,4)	65,2; 77,0	34 (87,2)	73,3; 94,4	12 (100,0)	75,8-100,0	
Não	64 (28,6)	23,1; 34,8	5 (12,8)	5,6; 26,7	0	-	
Total	224		39		12		
Levantamento das necessidades de saúde bucal escolares (n=255)							0,004
Sim	159 (76,1)	70,0; 81,4	33 (97,1)	85,1; 99,5	12 (100,0)	75,8-100,0	
Não	50 (23,9)	18,6; 30,1	1 (2,9)	0,5; 14,9	0	-	
Total	209		34		12		
Consultas domiciliar (usuário idoso e/ou acamado com doença crônica) (n=210)							0,050
Sim	133 (81,1)	74,4; 86,4	33 (94,3)	81,4; 98,4	11 (100,0)	74,1; 100,0	
Não	31 (18,9)	13,7; 25,6	2 (5,7)	1,6; 18,6	0	-	
Total	164		35		11		

DISCUSSÃO

Esta pesquisa buscou descrever a organização do processo de trabalho das ESBs segundo ações no ambiente escolar e atenção domiciliar. Observou-se que mais de 2/3 das ESBs dos Municípios de Santa Catarina, avaliados pelo PMAQ-AB declararam realizar atividades educativas, assim como, visita domiciliar.

As atividades no âmbito escolar foram citadas por 97% das ESBs dos municípios Catarinenses. Tal resultado assegura a atuação intersetorial, que é preconizada pelo PSE e no caso da saúde deve englobar a equipe de saúde bucal e demais membros das Equipes de Estratégia Saúde da Família, assim como, os profissionais de educação e, representa uma oportunidade para a atenção

integral à saúde da comunidade escolar pela ação articulada entre Escola e Rede Básica de Saúde, de acordo com as necessidades e demandas dessa população.⁽¹⁸⁾

A literatura também reconhece o papel essencial do Cirurgião-dentista nas atividades de educação e prevenção em saúde bucal na escola, uma vez que, a prevenção da cárie dental não se resume apenas a aspectos dentais e sim, uma série de determinantes de saúde, como a renda, escolaridade familiar e uso dos serviços de saúde, quando acontece nas escolas, a promoção de saúde é capaz de promover hábitos e comportamentos que favorecem a melhoria da saúde bucal. Portanto a prática odontológica em situações pontuais como, práticas de prevenção devem articular a troca de conhecimentos e a construção coletiva de intervenções.⁽¹⁹⁾

Além disso, a OMS⁽²⁰⁾ reconhece a promoção de saúde com ênfase na saúde bucal em escolas objetiva desenvolver estilos de vida saudáveis e práticas de autocuidado, nos fatores de riscos comuns e contribuir efetivamente para a saúde bucal dos educandos. A avaliação de saúde bucal pela ESB tem como objetivo minimizar os possíveis riscos que crianças e adolescentes possam estar expostos, tanto no ambiente escolar como no território em que vivem, buscando estratégias de enfrentamento, tanto individuais quanto coletivas, reconhecendo a prática intersetorial e o envolvimento das famílias em todo o processo para que se produza saúde e educação integral.

Embora 97% das ESBs declarem realizar atividades em âmbito escolar, uma redução proporcional foi observada quando se trata do levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico. O levantamento das necessidades odontológicas é um instrumento epidemiológico utilizado com o propósito de planejamento das ações de saúde bucal, sendo um indicador individual que produz uma classificação coletiva. Gerando uma configuração quantificada e qualificada das necessidades dos grupos, possibilitando uma organização das necessidades da população de acordo com a sua complexidade. Um instrumento simples e essencial no diagnóstico coletivo, pois a partir dos dados coletados, planejar, executar e avaliar ações de saúde.⁽²¹⁾ No Brasil, diversos estudos reconhecem a importância dos levantamentos de saúde em âmbito escolar como propostas de organização dos serviços para avaliação, intervenção e acompanhamento das necessidades de saúde bucal.⁽²²⁾

Mais de 70% das ESBs relataram realizar visita domiciliar. A visita domiciliar é reconhecida como a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas Equipes de saúde. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar, os critérios para a utilização do serviço incluem problemas de saúde controlados/compensados, dificuldade ou impossibilidade de locomoção até uma Unidade de Saúde, pacientes em situação pós-cirúrgica.⁽²³⁾

Entretanto apenas 48% declaram utilizar um protocolo com definição de situações prioritárias para visita domiciliar. Sistematizar ações e rotinas é prevista para estabelecer diretrizes no controle e

a melhoria da qualidade da atenção domiciliar.⁽²⁴⁾ Da mesma maneira, protocolos com instrumentos de normatização dos processos de trabalho em saúde têm como propósito orientar os profissionais de Saúde quanto às intervenções clínicas, baseados em evidência, na avaliação tecnológica, possibilitando a sua utilização para realização de planejamento, programação, e avaliação das visitas domiciliares.^{(25), (26)}

Entretanto, dentre os cadernos de Atenção Domiciliar, não foram observados nos protocolos e instrumentos para sistematizar as ações no âmbito domiciliar, ações em saúde bucal. Orientações como anamnese, primeira avaliação de necessidades de tratamento odontológico e tratamento no próprio domicílio do paciente como raspagem, profilaxia (limpeza profissional dos dentes), adaptações de próteses dentárias, restaurações e até mesmo extrações dentárias além dos equipamentos e insumos foram previstos em um dos documentos. O que pode ser inferido no fato de que o Cirurgião-dentista é parte da equipe de apoio.⁽²⁷⁾

Mais de 80% das ESBs relataram realizar consultas em idosos ou acamados com doenças crônicas e apenas higiene bucal. Considerando a faixa etária de idosos como a mais prevalente na atenção domiciliar (68,9%), e, segundo estudos, os agravos bucais dos idosos restritos ao domicílios mostram-se prevalentes, dentre eles, cárie dentária, problemas periodontais, lesões de mucosa. Além de demonstrar que idosos restritos em domicílio apresentaram baixo fluxo salivar estimulado.^{(28), (29), (30)} Hipossalivação e Xerostomia em idosos, além de associados aos agravos bucais, também estão relacionados aos relatos de dificuldades de gustação, fala, mastigação e deglutição. Com a diminuição de produção salivar a gustação, a fala e paladar ficam prejudicados, pois a saliva auxilia no processo de formação do bolo alimentar, na umidade da mucosa bucal e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.⁽³⁰⁾

Considerando as associações entre porte populacional e ações em âmbito escolar e visitas domiciliares em Santa Catarina, observou-se um aumento gradativo e significativo entre os portes populacionais, pois 100% das ESBs dos municípios de grande porte, relataram realizar os levantamentos das necessidades de saúde bucal em âmbito escolar e visitas domiciliares. Segundo estudo de Godoi et al (2014), todos os municípios grande porte de Santa Catarina disponibilizam ações e serviços em saúde bucal nos três níveis de atenção, além de ações para consolidação das redes de atenção à saúde bucal, como a disponibilização de profissionais em todos os níveis de atenção e os serviços especializados (protocolos, formulários de referência e contrarreferência) e adoção de medidas para garantir manutenção de vínculo e a longitudinalidade da atenção.⁽³²⁾

Entretanto observou-se, nos municípios de pequeno porte, menores proporções de relatos das ESBs para atividades em âmbito escolar ou ainda nas consultas domiciliares. Segundo literatura, para os municípios de pequeno porte de Santa Catarina, os gaps na atenção integral à saúde bucal são

devido à falta de recursos materiais, em termos de quantidade e qualidade; restrição de equipamentos; baixa arrecadação financeira; fragilidade do serviço de apoio diagnóstico e déficit de registro nos sistemas de informação. Além disso, um reconhecimento dos pontos de atenção e fluxos, como no caso da atenção domiciliar, por parte dos profissionais da saúde bucal (Cirurgião-dentista, Técnicos e Auxiliares).⁽³³⁾

CONCLUSÃO

A presente pesquisa evidenciou que a maioria das ESBs do Estado de Santa Catarina realizam ações educativas em âmbito escolar e visita domiciliar extra Unidade. Entretanto os serviços focam na orientação de higiene bucal, consultas iniciais a acamado e domiciliados com doenças crônicas e educação em saúde bucal para escolares. Levantamentos das necessidades dos escolares e protocolos de atendimento nas visitas domiciliares apresentaram menores proporções de relato pelas ESBs. O processo de trabalho extra Unidade mostrou-se menos prevalente nos municípios de pequeno porte, destacando a importância da gestão e de maior organização do processo de trabalho em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018;23(6):1723-1728.
2. Lima-Costa MD, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008), 2011 Set;16(9): 3689- 3696
3. Brasil. Ministério da Saúde . Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, dez 2000. Seção 1, p. 85
4. Starfield, B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
5. Reis WG, Scherer MD, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde debate* [Internet]. 2015 Mar [cited 2021 Apr 20];39(104): 56-64.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
7. Silva RM, Peres ACO, Carcereri DL. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 June [cited 2021 May 13] ; 25(6): 2259-2270.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: SVS; 2012.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios - 2015. 2. Levantamentos domiciliares - Brasil. 3. Indicadores sociais - Brasil. 4. Brasil - População - Estatística. I. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Brasília, 2009.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, 2008.
12. Amorim RG, Frencken JE, Raggio DP, Chen X, Hu X, Leal SC. Survival Percentages of Atraumatic Restorative Treatment (ART) Restorations and Sealants in Posterior Teeth: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Oral Investig*. 2018; 22(8):2703-2725.
13. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
14. Rodrigues S, Vinícius R, Miranda AF. Odontologia domiciliar como parte integrante da assistência em saúde de idosos frágeis. 2018;31–9.
15. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012).
16. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde e Debate* 2014;38:358-372.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE – Promoção da Saúde Bucal. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
19. Taglietta MFA, Bittar TO, Brandão GAM, Vazquez FL, Pa-ranhos LR, Pereira AC. Impacto de um programa de pro-moção de saúde escolar sobre a redução da prevalência da cárie em crianças pré-escolares de Piracicaba – SP. *RFO* 2011;16(1):13-17.3.
20. World Health Organization. Health promotion and oral health. WHO: Geneva, 2021. Disponível em: https://www.who.int/oral_health/strategies/hp/en/. Acesso em abril 2021.
21. Oliveira AGRC, Unfer B, Costa ICC, Arcieri R, Guimarães LO, Coelho, Saliba NA. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela organização mundial da saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1998;1(2):177-189.
22. Souza LM, Macedo A, Gusmão RCMP, Atayde ACR, Costa LED, Queiroz FS, Nóbrega CBC. Saúde Bucal no Âmbito Escolar e Familiar: da autonomia à transformação social. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2015;39(3):426-432.
23. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
24. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
25. EDDY, D. Practice policies, what are they? *JAMA*: Chicago; 263:877-880, 1990.
26. Andrade AM, Guimarães AM, D'Ávila N, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 Mar [citado 2021 Jun 02]; 23(1): 165-175.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p.)
28. Mussato, Flávia. Associação entre taxa de fluxo salivar e alterações bucais, saúde geral e fatores sociodemográficos de idosos da atenção domiciliar do município de Palhoça-SC. Trabalho de Conclusão de Curso. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2020. 56p

29. Liu B, Dion MR, Jurassic MM, Gibson G, Jones JA. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: prevalence and etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012 Jul; 114 (1): 52-60.
30. Anderle P, Souza BB, Julião GG, Millão LF, Santos CJ, Monteiro JAS. Perfil dos pacientes assistidos pela residência integrada em saúde: um olhar humanizado na assistência domiciliar. *Aletheia* 2013 Mai/Ago; 41: 164-173.
31. Gil-Montoya JA, Silvestre FJ, Barrios R, Silvestre-Rangil J. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly: A systematic review. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2016;21(3):e355–66.
32. Godoi H, Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014;30(2): 318;332. [Acessado 2 Junho 2021].
33. Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SJ; Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(1):205-214.

CONCLUSÃO DO TCC

Com a realização desta pesquisa foi possível, observar que os Cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família realizam atividades em âmbito escolar e visitas domiciliares, atuando diretamente na promoção de saúde junto aos demais profissionais da Estratégia Saúde da Família.

A coleta de dados foi muito tranquila de ser realizada , apesar de nunca ter trabalhado com banco de dados senti um pouco de medo e insegurança no início, mas foi bem tranquilo que aprendi a gostar de trabalhar com o Excel.

Os resultados apresentados em tabela de contingência, foi algo que eu tive dificuldades no início em interpretá-las, mas logo me familiarizei. Fiquei surpresa com o resultados obtidos, relacionados a associação entre os portes populacionais e a realização das ações extra unidade básica, pelo fato do Estado de Santa Catarina possui um maior número municípios de pequeno porte, eu acreditava que a prevalência de realização seria maior para este porte populacional, mas os resultados mostraram o contrário.

Por fim, foi de grande aprendizado realizar essa pesquisa, pois obtivemos resultados satisfatórios, que mostram que os usuários do SUS têm acesso a ações extra unidade básica de saúde e que a atuação da Equipe de saúde Bucal é extremamente necessária na Estratégia saúde da Família.

REFERÊNCIAS DA CONTEXTUALIZAÇÃO

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria. Executiva. – Brasília: Ministério da saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério Saúde 2000.
2. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção.
3. Starfield, B. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
4. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012).
5. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília, 2008.
7. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004.
9. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil 2010: Resultados Principais.
10. Nery, NG, Jordão, LMR e Freire, M. do CM (2019). Ambiente escolar e promoção de saúde bucal: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Revista de Saúde Pública* , 53 (93), 14.
11. Silva MRI, Almeida AP, Machado JC, Silva LS, Cardoso JAF, Costa GD, Cotta RMM. Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019;24(2):475-486.
12. Resende TACR, Mateus CN, Oliveira GL, Martins-Júnior PA, Moreira PR, Amaral JHS, Silva MRMA. Ações extensionistas em saúde bucal na rede pública de ensino de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev. Arq. Odontologia* 2019; 55: e14: 1-12
13. Turrioni, Ana Paula Silveira et al. 2012. Avaliação Das Ações de Educação Na Saúde Bucal de Adolescentes Dentro Da Estratégia de Saúde Da Família. *Ciencia e Saude Coletiva* 17(7): 1841–48.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: SVS; 2012.
15. Amorim RG, Frencken JE, Raggio DP, Chen X, Hu X, Leal SC. Survival Percentages of Atraumatic Restorative Treatment (ART) Restorations and Sealants in Posterior Teeth: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Oral Investig*. 2018; 22(8):2703-2725.
16. Horta RI, Andersen CS, Pinto RO, Horta BL, Oliveira-Campos M, Andreazzi MAR, Malta DCI. Promoção da Saúde no ambiente escolar no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 24] ; 51: 27.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004

18. Maciel JAC, Almeida AS, Menezes AKA, Oliveira Filho IL, Teixeira AKM, Castro-Silva II, Vasconcelos MIO, Farias MR. Quando a saúde bucal bate à porta: protocolo para a atenção domiciliar em odontologia. *Rev Bras Promoç Saúde* 2016; 29(4):614-620.
19. Rodrigues S, Vinícius R, Miranda AF. Odontologia domiciliar como parte integrante da assistência em saúde de idosos frágeis. 2018;31-9.
20. Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate* 2014;38:358-372.
21. Teixeira AR, Bittencourt M, Carvalho NAS. Saúde da Família. *Revista Catarinense de Saúde da Família* 2017;14(7):35-38.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo do Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
23. Furlanetto, Denise de Lima Costa et al. 2020. “Primary Health Care Users’ Satisfaction in the Federal District: The Importance of Timely Access and Home Visits.” *Ciencia e Saude Coletiva* 25(5): 1851-63.