

Trabalho de Conclusão de Curso

Gestão do Cuidado em Saúde Bucal: Modelo Teórico Preliminar Fundamentado em Dados

Débora Taucheck



Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Débora Taucheck

**Gestão do Cuidado em Saúde Bucal: Modelo Teórico Preliminar
Fundamentado em Dados**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Florianópolis

2019

Tauchek, Débora

Gestão do Cuidado em Saúde Bucal: Modelo Teórico Preliminar Fundamentado em Dados / Débora Tauchek; orientador, Ana Lúcia Shaefer FerreiradeMello, 2019.

45p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2019.

Incluir referências.

1. Odontologia. 2. Saúde Bucal. 3. Administração de Serviços. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Shaefer FerreiradeMello, Ana Lúcia. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Odontologia. III. Título.

Débora Tauchek

**Gestão do Cuidado em Saúde Bucal: Modelo Teórico Preliminar
Fundamentado em Dados**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 20 de maio de 2019.

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Renata Goulart Castro,

Universidade Federal de Santa Catarina

MSc.Bubacar Embaló,

Universidade Federal de Santa Catarina

À minha família, por sempre acreditar em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

É chegado ao fim de um ciclo de muitas risadas, choro e felicidade. Sendo assim, só tenho a agradecer a todos que fizeram parte desta etapa da minha vida.

Agradeço primeiramente a Deus que me deu saúde e forças para superar todos os momentos difíceis a que eu me deparei ao longo da minha graduação.

Ao meu pai Reginaldo Tauchek e minha mãe Maria Raquel Tauchek por todo apoio, força e amor incondicional. Sem vocês a realização desse sonho não seria possível. Meu sobrinho Matheus Tauchek Madeira, minhas irmãs Tatiane Tauchek Sczip e Giseli Tauchek Madeira e meus cunhados Jefferson Sczip e Ewerton Madeira pelos incentivos e por tornarem muitas vezes os momentos difíceis mais tranquilos.

As minhas amigas Gisele Midori Robini, Tayná Eliz Bortoluzzi e Érica de Jesusobrigada por todo carinho, conselhos e por tornar mais leve essa jornada, com toda certeza vocês foram minha família aqui em Florianópolis. Todo sucesso sempre para vocês. A minha dupla e companheira nesses semestres de clínicas Gisele Midori Robini só tenho a agradecer por todo conhecimento compartilhado e por todas as ajudas. Sem dúvidas será uma grande Cirurgiã- Dentista.

Sou grata a todos os professores que contribuíram com a minha trajetória acadêmica, especialmente a minha orientadora professora Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello que me proporcionou uma experiência incrível com minha pesquisa. Obrigada por compartilhar sua sabedoria, tempo e experiência.

A todos que contribuíram com a minha trajetória muito obrigada.

“Uma criança, uma professora, uma caneta e um livro podem mudar o mundo.”

(Malala Yousafzai, 2013)

RESUMO

A atenção primária à saúde (APS) tem sido considerada a porta de entrada preferencial dos sistemas de saúde, buscando garantir acesso aos serviços de modo mais equânime. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde da população. Nesse contexto, a Gestão do Cuidado em Saúde está relacionada ao provimento/a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa. Objetivou-se compreender o significado da gestão do Cuidado em Saúde Bucal no âmbito da atenção primária e elaborar um modelo teórico preliminar. Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, baseado no método da Teoria Fundamentada nos Dados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade com 14 cirurgiões-dentistas da atenção primária, na região da Grande Florianópolis, formando 1 grupo amostral. A análise dos dados foi realizada por meio da comparação constante, seguindo as etapas de codificação, categorização e integração de nove categorias obtidas com códigos teóricos do modelo paradigmático de Strauss e Corbin. O modelo teórico teve como condição a inserção dos serviços de saúde bucal na atenção primária, no contexto de observância aos princípios do Sistema Único de Saúde. Como estratégias de ação foram consideradas a garantia do acesso à população ao Cuidado em Saúde Bucal, o monitoramento de indicadores e a escuta aos usuários. Como condições intervenientes foram consideradas a integração ensino-serviço e a promoção da interdisciplinaridade e como consequência a organização do processo de trabalho na atenção primária, entretanto, ainda com foco na realização de ações no âmbito restrito da odontologia. A gestão do Cuidado em Saúde Bucal possui significados relacionados a aspectos tanto contextuais como operacionais. Esses significados influenciam na organização dos serviços, no processo de trabalho e no modo como as práticas de cuidado são oferecidas na atenção primária aos usuários dos serviços e à população em geral.

Palavras chave: Saúde Bucal

Administração de Serviços

Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Primary health care (PHC) has been considered the preferred entry point for health systems, seeking to guarantee access to services in a more equitable way. It uses complex and varied care technologies that assist in the management of the population's demands and health needs. In this context, Health Care Management is related to the provision / availability of health technologies, according to the unique needs of each person. The aim of this study was to understand the meaning of oral health care management in primary care and formulate a preliminary theoretical model. This is a cross-sectional, qualitative study based on the Grounded Theory method. Data were collected through in-depth semi-structured interviews with 14 primary care dentists in the region of Greater Florianópolis, forming 1 sample group. Data analysis was performed through constant comparison, following the steps of coding, categorization and integration of nine categories obtained with theoretical codes of the Strauss and Corbin paradigmatic model. As a condition, the theoretical model had the insertion of oral health services in the primary care, in the context of the Unified Health System principles. As action strategies were considered the guarantee of access to the oral health care, the monitoring of indicators and listening to users. As intervening conditions were considered the teaching-service integration and the promotion of interdisciplinary and as a consequence the organization of the work process in the primary care, however, still focusing on the performance of actions within the dentistry restricted scope. The management of oral health care has meanings related to both contextual and operational aspects. These meanings influence the organization of services, the work process and the way care practices are offered in primary care to service users and the general population.

Key words: Oral Health

Services Management

Primary Health Care

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama1 – Modelo teórico preliminar sobre Gestão do Cuidado em Saúde Bucal na APS. Grande Florianópolis, 2018.....	17
--	-----------

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2.OBJETIVOS	12
2.1 <i>Objetivo Geral.....</i>	12
2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	12
3. MÉTODO	13
3.1 <i>Desenho do estudo.....</i>	13
3.2 <i>Local do estudo e participantes</i>	13
3.3 <i>Coleta de dados</i>	14
3.4 <i>Análise dos dados</i>	14
3.5 <i>Procedimentos Éticos</i>	15
4. RESULTADOS	17
4.1 <i>Seguindo os princípios do SUS</i>	18
4.2 <i>Promovendo a Interdisciplinaridade</i>	19
4.3 <i>Realizando ações no campo da Odontologia.....</i>	20
4.4 <i>Ouvindo o usuário</i>	21
4.5 <i>Garantindo o acesso ao Cuidado em Saúde Bucal</i>	22
4.6 <i>Monitorando indicadores de saúde bucal</i>	23
4.7 <i>Integrando ensino e serviço.....</i>	24
4.8 <i>Organizando o processo de trabalho</i>	24
4.9 <i>A inserção da saúde bucal na atenção básica e o papel da gestão dos serviços</i>	25
4.10 <i>Integração das ações de promoção da saúde, educação, prevenção, assistenciais e de reabilitação</i>	27
5. DISCUSSÃO.....	28
6. CONCLUSÃO	32
_Toc11405483REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE A - Questionário 1	36
APÊNDICE B - Questionário 2.....	37
ANEXO A- Ata de apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso	38
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	39
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP	43

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária em saúde (APS) caracteriza-se por uma política de reorganização da saúde, sendo considerada a porta de entrada do sistema, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços, para responder às necessidades de saúde da população (CECÍLIO, 2012). Utiliza de tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2011). Nesse contexto define-se a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa (CECÍLIO, 2011).

No Brasil, a APS conhecida como atenção básica é descentralizada e capilarizada avançando na gestão e na coordenação do cuidado do usuário nos demais pontos da Redes de Atenção à saúde, tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

Em busca da superação da fragmentação da atenção primária, de sua gestão, e aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS criou-se uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), produzindo impacto positivo nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010). As redes passaram a ser portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração do ponto de vista territorial ou do processo de territorialização (VIANA, 2018).

Uma rede regionalizada e integrada de atenção à saúde oferece condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção reduzindo os custos dos serviços e otimizando os recursos (SILVA, 2011).

A qualificação da gestão do cuidado está orientada pela integralidade da atenção em saúde, princípio mais negligenciado no âmbito do SUS, que teve sua expansão e reorientação com a política da Estratégia da Saúde da Família, através da incorporação de propostas de territorialização, vigilância em saúde, acolhimento e vínculo (PAIM, 2009). Além da ampliação de acesso as linhas de cuidado e níveis tecnológicos, como Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como novas bases para a formação profissional. Tais decisões

conduzem a mudanças que consolidam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)(MELLO, 2014).

A integração dos sistemas de saúde deve ser entendida como um processo contínuo, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas. Nesse contexto, a gestão do cuidado trata de uma mudança no modelo de atenção à saúde focada no indivíduo para uma abordagem de gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da doença, no seu tratamento e reabilitação. Ao assumir a gestão do cuidado, o profissional precisa buscar pela integração entre os sujeitos de tal forma que os envolvidos sejam empoderados para uma tomada de decisão no sentido de construir estratégias e ações que possibilitem cooperação para a efetivação do cuidado(CORIOLO-MARINUS, 2015).

A organização do sistema em redes possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação entre trabalhadores, serviços e comunidade, além de tornar o sistema mais custo-efetivo em relação a organização interna, recursos e na gestão clínica, promovendo ajuste de acordo com a conjuntura socioeconômica, demográfica e epidemiológica(RODRIGUES, 2014). Nesse contexto, a eficácia da comunicação estabelecida entre as pessoas no interior do sistema de saúde, pode estar diretamente relacionada a integração dos serviços e a qualidade dos processos de coordenação(RODRIGUES, 2014).

As diretrizes da PNSB direcionam uma transformação no modelo de atenção à saúde bucal, na atenção primária, de forma a garantir uma maior abordagem dos problemas, buscando superar o modelo odontológico hegemônico, que ao longo dos anos não dá conta de estabelecer o cuidado integral do usuário(PIRES, F.S.; BOTAZZO, C., 2015; SOARES, 2011). Entende-se que a organização do trabalho tem distanciado a equipe de saúde bucal de práticas coletivas, as quais poderiam responder à integralidade. Ao considerar o cuidado como tecnologia para organização dos processos de trabalho da saúde bucal na APS, cabe a busca pela compreensão sobre os modos para alcance da integralidade, de forma ampla, refletindo, portanto, sobre as tecnologias de cuidado que se estabelecem no fazer em saúde bucal(PIRES, F.S.; BOTAZZO, C., 2015).

Dessa maneira, compreender o significado da gestão do cuidado em saúde bucal na APS, assim como entender suas práticas,contribui para o fortalecimento da gestão, além de auxiliar na efetivação da Rede de Atenção à Saúde Bucal, no âmbito do SUS.

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Compreender a gestão do cuidado em saúde bucal realizada pelos profissionais da saúde, no âmbito da atenção primária, a partir dos significados por eles atribuídos.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar os significados da gestão do cuidado em saúde bucal atribuídos pelos profissionais da saúde na atenção primária;
- Analisar de que forma tais significados repercutem nas suas práticas de cuidado;
- Elaborar um modelo teórico-explicativo preliminar sobre a gestão do cuidado em saúde bucal, no âmbito da APS.

3. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória, de natureza descritiva e analítica, com abordagem qualitativa. Guiada pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), cujo objetivo é construir uma teoria por meio de uma análise sistemática dos dados. Assume-se aqui a perspectiva de Strauss e Corbin de 2008 do método, para qual a TFD possibilita um novo olhar sobre a realidade, buscando pelas questões que estão veladas mediante a compreensão de significados que atores sociais atribuem a suas próprias ações e interações(DANTAS, 2009).

3.2 Local do estudo e participantes

O cenário selecionado para realização deste estudo foi os serviços de APS da Grande Florianópolis (SC). A seleção dos participantes ocorreu intencionalmente, conforme orienta a TFD. Os sujeitos com experiência e conhecimento em relação ao fenômeno, neste caso a gestão do cuidado em saúde bucal na APS, foram convidados a participar, a partir da composição de grupo amostral.

Para a composição do primeiro grupo amostral foram selecionados 14 profissionais da equipe de saúde bucal da APS (cirurgiões-dentistas, técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal). Definiu-se como critério de inclusão ser atuante na APS na Grande Florianópolis há pelo menos 1 ano. Como critério de exclusão estar em licença médica, férias ou em afastamento de qualquer natureza no período da coleta dos dados.

A medida que os dados foram coletados, foram submetidos à análise concomitante, visando a saturação teórica (DANTAS, 2009).

Por se tratar de um modelo teórico preliminar o presente estudo apresentou apenas um grupo amostral. Foram incorporados gestores em saúde, formando um segundo grupo amostral, no modelo teórico final, objeto de estudo subsequente.

3.3 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu por meio da entrevista semiestruturada, a partir de uma proposta em profundidade. Para registrar as entrevistas, garantir a fidedignidade dos discursos e possibilitar posterior análise foi utilizado um gravador de voz para registro digital dos depoimentos. As gravações obtidas foram armazenadas em formato Mp3 e transcritas na íntegra utilizando o Microsoft® OfficeWord e posteriormente codificadas.

As entrevistas foram realizadas individualmente através de uma ligação telefônica aos participantes da pesquisa, em horário de trabalho no Centro de Saúde, resguardando a confidencialidade, e versaram sobre a compreensão, percepção e significado do profissional acerca da gestão do cuidado em saúde bucal na APS.

3.4 Análise dos dados

Seguindo a TFD a coleta e a análise ou codificação ocorreram em sequências alternativas, de modo que a análise iniciou tão logo as pesquisas fossem executadas. A codificação é o elo fundamental entre a coleta dos dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados.

Strauss e Corbin apresentam uma abordagem estruturada e sistemática para a análise dos dados em três etapas(SANTOS, 2016).

- Codificação aberta: trata-se de um processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados. Inicia-se a análise detalhada linha por linha do material a ser examinado, codificando-os, sendo agrupados por semelhança e resultando em subcategorias.
- Codificação axial: ato de relacionar categorias com subcategorias ao longo das linhas de suas propriedades e suas dimensões, ocorre um reagrupamento dos dados, anteriormente divididos durante a codificação aberta.

- Codificação seletiva: é processo de integração e de refinamento da teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito explanatório central.

Complementando a teoria fundamentada, foram utilizadas outras três estratégias de registro e análise, que começaram com a análise inicial e evoluíram durante todo o processo de pesquisa: os memorandos, os diagramas e a seleção de códigos teóricos.

A partir da integração ordenada das categorias, e do diálogo com a literatura científica e outros referenciais de suporte, foram realizados a seleção de códigos teóricos, que relacionaram os dados com a elaboração teórica, e a construção de uma **teoria substantiva** relativa ao fenômeno em estudo: a gestão do cuidado em saúde bucal na APS.

3.5 Procedimentos Éticos

Para assegurar e valorizar uma condução ética durante todo o processo desta pesquisa, foram respeitadas as orientações e disposições da Resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde, na qual estão descritas as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos que envolvem seres humanos.

Este projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bem como submetido a avaliação das instâncias municipais envolvidas e aprovado sob parecer 1.789.874 (CAAE 59833916.1.0000.0121), em 24/10/2016.

Foi solicitado aos entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), posteriormente a apresentação dos objetivos e metodologia a ser utilizada. Neste momento, os participantes foram informados que teriam garantido o direito de sua privacidade e anonimato, bem como da sua instituição de serviço, não havendo exposição pública de sua pessoa ou de suas informações em nenhum momento da pesquisa, será resguardada confidencialmente sua identidade e local de trabalho, a liberdade de participação foi espontânea e o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa foram preservados, as informações deste estudo foram de uso exclusivamente científico para a área da Saúde e Odontologia tendo seus benefícios diretamente relacionados com a produção do conhecimento para a área. Ainda foi esclarecido que a

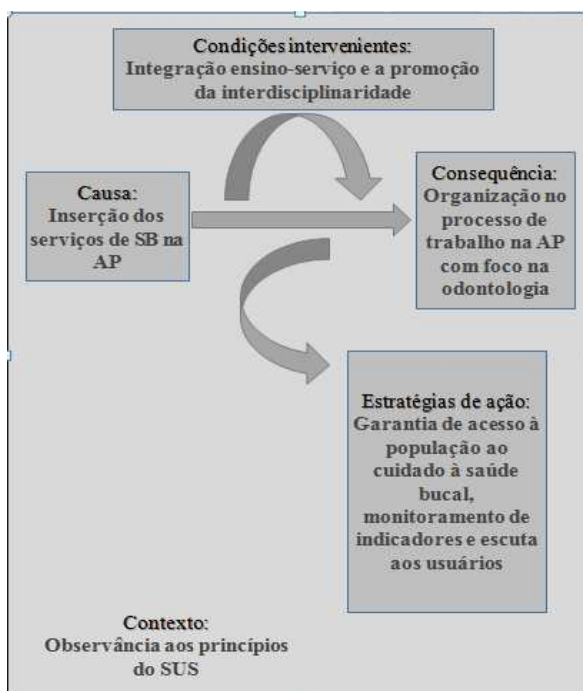
participação nessa pesquisa poderia oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação ao tema e à prática do trabalho.

4. RESULTADOS

Emergiram da análise dez categorias: Seguindo os princípios do SUS, Promovendo a interdisciplinaridade, Realizando ações no campo da odontologia, Ouvindo o usuário, Garantindo o acesso ao Cuidado em Saúde Bucal, Monitorando indicadores de saúde bucal, Integrando ensino e serviço, Organizando o processo de trabalho, A inserção da saúde bucal na atenção básica e o papel da gestão dos serviços, Integração das ações de promoção da saúde, educação, prevenção, assistenciais e de reabilitação. Através destas categorias, estruturou-se a discussão seguindo as cinco dimensões do modelo de Strauss e Corbin, de Contexto, Causa, Condições Intervenientes, Estratégias de Ação e Consequência.

O Diagrama 1 representa o modelo teórico preliminar sobre o significado da gestão do Cuidado em Saúde Bucal, atribuído pelos participantes, apresentando as dimensões e respectivas categorias de análise.

Diagrama1 – Modelo teórico preliminar sobre Gestão do Cuidado em Saúde Bucal na APS. Grande Florianópolis, 2018.



A seguir descreve-se os resultados de cada categoria analítica componente do modelo teórico preliminar.

4.1 Seguindo os princípios do SUS

De acordo com os princípios do SUS da universalidade, equidade e integralidade, os participantes relataram a importância de atender o paciente de forma integral em continuidade com as ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, além de atender o paciente como um todo incorporando o cuidado da saúde bucal na vida do paciente. Apontam a importância da articulação entre os sistemas de saúde, desde a atenção primária, secundária até a atenção terciária.

É importante você prever a integralidade entre sistemas de saúde, por exemplo, a atenção primária, a secundária e a terciária. (CD G)

Foram relatados pelos participantes da pesquisa a importância de trabalhar além dos princípios de integralidade ao cuidado, com a interdisciplinaridade, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, o princípio da humanização, a vigilância a saúde e a intersetorialidade. Buscando diminuir as desigualdades frente aos atendimentos, participantes relataram investir em atendimentos de usuários de áreas de interesse social.

Realizo busca ativa de paciente em áreas de interesse social, além da observação atenta de pacientes como grávidas, usuários de drogas. (CD G)

Segundo os participantes aplicar os princípios do SUS na prática não é difícil, mas muitos cirurgiões dentistas não sabem como realizá-los, o que faz com que a gestão do do cuidado não seja na prática como a teoria propõe.

Realizar essas atividades partem de um desejo individual, uma parte de uma política municipal quem quiser faz, quem não quiser não faz. (CD L)
Pegar os princípios do SUS e colocar na prática é fácil, é só você saber como colocar na prática, muitas vezes as pessoas não sabem. (CD G)

4.2 Promovendo a Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade é um processo de construção de ações compartilhando conhecimentos com a equipe de saúde. Dessa maneira, ressalta-se a importância da presença de profissionais de diversas áreas em reuniões de equipe para discutir as necessidades da população e garantir promoção de saúde.

Integrar com a equipe nas reuniões de grupo, para saber quais são as necessidades, a questão da comunidade, ter essa percepção de olhar de forma integral a saúde. (CD C)

A gestão do cuidado em saúde bucal envolve o cuidado do paciente como um todo, buscando solucionar os problemas através das consultas interdisciplinares dentro do Centro de Saúde.

No CS fazemos inter consultas com médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, estamos abertos a inter consultas, e realizamos grupos que não abordam apenas a saúde bucal, mas outros assuntos de prevenção e promoção de saúde. (CD G)

A integralidade ainda se complementa com a presença de alunos da Universidade Federal de Santa Catarina na unidade de saúde.

A questão do cuidado integral se completa quando a gente consegue trazer outras instituições para dentro do SUS. (CD G)

Foi relatado pelos cirurgiões dentistas participantes uma maior adesão das gestantes ao pré-natal odontológico através de um reforço positivo de médicos e enfermeiros, garantindo saúde bucal durante a gestação. A gestão do cuidado em saúde bucal envolve o cuidado da pessoa de maneira integral, ter um vínculo, responsabilização e autonomia. Além do atendimento no Centro de Saúde, a realização de atendimento domiciliar quando solicitado pela equipe de saúde da família complementa a integralidade do cuidado. Também foram relatados a importância de capacitar as agentes comunitárias.

É importante trabalhar com as agentes de saúde dentro da própria unidade fazendo até uma capacitação para elas, para que elas possam também ir nas casas, trabalhar com essa promoção de saúde. (CD E)

A gestão do cuidado em saúde bucal é uma forma de gerir, de administrar os cuidados ao paciente, sendo então a multidisciplinaridade um fator positivo para o planejamento e para a prevenção e promoção de saúde.

4.3 Realizando ações no campo da Odontologia

As ações no campo da odontologia possuem diferenças entre os participantes da pesquisa devido ao tempo destinado ao atendimento clínico.

O atendimento clínico ocupa a maior parte do tempo, entre 80 e 90% a depender da semana. (CD L)

Trabalho pela prefeitura 20 horas e não estou dentro da estratégia da saúde da família, por isso consigo realizar apenas um atendimento fundamentalmente clínico. (CD A)

As consultas clínicas são programáticas, com anamnese, exame clínico e plano de tratamento para o paciente, sendo relatado a realização de atividades como pré-natal odontológico, consultas com retorno para acompanhar o cuidado do paciente quando a condição bucal é precária, e os casos que não são solucionados na atenção básica são encaminhados para atenção secundária para atendimento nos centros de especialidades odontológicas (CEO).

Areferência do paciente ao CEO acompanhando seu encaminhamento, assim como a contrarreferência, com o retorno do paciente ao centro de saúde após o atendimento foram relatadas como de extrema importância para garantir o cuidado.

A gestão do cuidado é isso, acompanhar o paciente para ver se ele conseguiu o atendimento e depois fazer o retorno no centro de saúde. Já falavam dos encaminhamentos no PNAC e com isso começamos a acompanhar mais de perto, e não apenas dar o papel para o paciente sair e agendar. (CD K)

Para os participantes da pesquisa muitos cirurgiões dentistas não trabalham mais com base no estilo de sistema tecnicista, biologicista da odontologia, realizando cada vez mais a prevenção e promoção da saúde. Dentre as atividades coletivas foram relatadas a realização de atividades com escolares, realizando escovação supervisionada e

atividades em grupos de idosos, além de realizar palestras abordando temas de saúde bucal, mas também temas de grande relevância para a saúde geral.

Como no bairro em que trabalho existe um time de futebol onde possuem muitos jovens realizo palestras para os jogadores que treinam na Ressacada abordando temas de saúde bucal, drogas, HIV. (CD G)

Para otimizar o tempo de consultório e conseguir atender a demanda da população a gente trabalha com grupos, os bebês do nascimento até os 2 anos. São atendidas todas as áreas, via grupo de saúde bucal. (CD F)

4.4 Ouvindo o usuário

A gestão do cuidado envolve o usuário, é necessário ouvi-lo, realizar seu diagnóstico e depois orientá-lo sobre o cuidado da saúde bucal para conseguir resolver seu problema, porém muitas vezes devido à falta de percepção de cuidado faz com que seja necessário intervir clinicamente.

Se fala muito em método clínico, sem falar na pessoa, tem que ouvir primeiro a pessoa, fazer o diagnóstico para depois dar o start para ela, como ela vai conseguir resolver o problema, se ela não enxergar isso aí tudo bem, você vai intervir. (CD G)

Existe a necessidade de empoderar o usuário, orientá-lo a perceber o cuidado da saúde, assim as orientações possuem mais valor do que os procedimentos clínicos.

Ao realizar palestras, orientações, se tem um contato mais humano com o paciente. Ouvindo as histórias dos pacientes é possível entender o contexto da população que estão trabalhando.

Tento fazer um atendimento mais completo, dar atenção realmente à aquela pessoa que está ali, e tentar colocar o cuidado da saúde bucal naquele contexto, na vida daquela pessoa, e na medida que eu vou ouvindo as histórias eu vou entendendo o contexto daquela população. (CD B)

4.5 Garantindo o acesso ao Cuidado em Saúde Bucal

O medo de dentista muitas vezes afasta os usuários do consultório odontológico, necessitando uma busca ativa, principalmente nas áreas de interesse social, além de realizar observação atenta para gestantes, idosos e crianças.

Nas áreas de interesses sociais realizamos busca ativa, lá por exemplo tem as drogas e isso dificulta a vinda desses usuários ao dentista. (CD G)

Uma das grandes dificuldades da gestão do cuidado em saúde bucal é a desproporção entre equipe de saúde bucal e a população de abrangência e equipes de saúde bucal incompletas prejudicam o planejamento antes e depois do atendimento. Dessa forma, para conseguir atender toda a população muitas vezes prioriza-se a demanda espontânea deixando de lado o atendimento de casos que precisam de assistência. Porém, ao priorizar a demanda espontânea fica de lado o conceito de saúde, não trata a doença apenas alivia a dor.

Uma das dificuldades da gestão do cuidado é desproporção entre equipe de saúde bucal e a população, temos uma área de abrangência muito grande, então é complicado fazer um planejamento. (CD I)

A maior dificuldade para fazer a gestão aqui é o número de dentistas para o número da população. A maior complicação é isso, não tem como atender a todos e isso gera um grande problema quando se fala em saúde bucal, porque assim atender só a demanda espontânea você não trata a principal doença que é a cárie. (CD F)

O papel do dentista na atenção básica vai além do consultório, porém para os entrevistados a carga horária e a cobrança de produção clínica não permitem a gestão do cuidado.

A gestão pede para que a gente deixe esse trabalho de ir nas escolas com as pessoas que fazem a estratégia dentro do município, que tem alguns profissionais que fazem. (CD E)

Na verdade, a gente não consegue realizar a gestão do cuidado em 20 horas, pelo menos eu não consigo aqui aonde eu estou, não tem esse lado humano assim, de tratar o

paciente como um todo, acaba sendo puramente clínico. (CD A)

Não se pode deixar de considerar a questão da gestão, se a gestão entende que a promoção e prevenção são importantes fica muito mais fácil, se a gestão acredita que só o método curativo assistencial é importante isso dificulta o nosso trabalho fora do consultório. (CD C)

4.6 Monitorando indicadores de saúde bucal

A gestão do cuidado em saúde bucal significa, olhar, trabalhar com planejamento, trabalhar com indicadores. Na saúde pública o correto diagnóstico dará o procedimento correto a ser realizado no território. Dessa maneira, analisar indicadores ligado ao acesso, a efetividade, a continuidade do cuidado, a integralidade é possível trabalhar com inteligência e fazer gestão de saúde.

Precisamos trabalhar com inteligência dentro do território, olhar o processo de trabalho, principalmente a partir de indicadores de saúde bucal. (CD L)

A gestão do cuidado envolve, também, um bom registro no prontuário, além de avaliar as necessidades da população através de levantamentos e problemas identificado nas equipes e discutidos nas reuniões.

Fazemos a gestão do nível local a medida que a gente tenta se organizar e organizar agenda, registrar no prontuário, levar para a coordenação e discutir nas reuniões. (CD F)

Para garantir a gestão do cuidado em saúde bucal é necessário conhecer a população a ser atendida, descobrir os problemas e melhorá-los.

A análise dos indicadores de saúde não é a realidade para muitos cirurgiões dentistas, não se olha indicador, não se olha provimento a partir de uma demanda epidemiológica do território.

A realidade é que a saúde bucal está abandonada. Assim como o planejamento é trabalhar com inteligência, a gente pode dizer que a realidade da saúde bucal em Florianópolis é uma realidade

acéfala. A gestão tem que ser estressada com os indicadores. (CD L)

Não temos um índice epidemiológico atualizado para o planejamento de toda a equipe de saúde bucal do município. (CD H)

4.7 Integrando ensino e serviço

Os cirurgiões dentistas entrevistados relatam a importância de receber alunos da graduação e pós-graduação no Centro de Saúde. Afirmam realizar visitas domiciliares com apoio de projeto da UFSC, além de receber ajuda dos alunos da interação comunitária da UFSC e as residentes do programa de saúde da família nas atividades coletivas na escola e nos grupos de saúde bucal. Coordenam os residentes nas visitas domiciliares. Salientam que organizam o Programa de Saúde na Escola (PSE) mas quem realiza as atividades na escola são alunos da graduação.

Então como eu estou com alunos aqui, com residentes normalmente eu acabo coordenando o trabalho na escola, porque não precisa eu estar direto saindo do Centro de Saúde para ir para a escola, otimizando o tempo de trabalho. (CD F)

O PSE nós organizamos, mas quem vai efetivamente nas escolas são os alunos da sexta fase da UFSC. (CD L)

Através de um projeto uma professora da UFSC vem aqui e traz materiais melhores, mais recurso, por exemplo um material de reembasamento bem melhor do que o nosso. (CD G)

4.8 Organizando o processo de trabalho

Todo cuidado antes, durante e depois do atendimento promove melhor forma de cuidado ao paciente.

A gestão do cuidado envolve administrar os cuidados ao paciente, o que é necessário, os procedimentos, os cuidados antes, o planejamento de insumos e materiais, cuidar e supervisionar a sala, os instrumentos se está tudo estéril, se está tudo dentro do que é preconizado. (CD I)

A gestão do cuidado envolve também a gestão da agenda, gestão do tempo. Com isso, os participantes da pesquisa atendem pacientes agendados, atendimentos de urgências e demanda espontânea.

A gente tem uma lista de espera, eu atendo 6 pessoas agendadas e mais as urgências, por período. (CD E)

Temos uma demanda muito grande de pacientes pois atendemos agenda e mais a demanda imediata. (CD H)

Quando tem pouco dentista para atender a população, acaba não trabalhando a saúde, mas sim a doença, atendendo a demanda, sem condições realmente de atender a saúde da população.

A gente acaba tratando o paciente, a boca, mas o paciente precisa dentro dessa atenção básica e primária, mais do que um tratamento bucal. (CD A)

Como a população é grande, e as equipes de saúde estão incompletas dificulta o trabalho, mas a gente tenta achar outros meios, trabalhando sem auxiliar por exemplo diminui-se a quantidade de paciente atendidos para poder trabalhar com biossegurança. (CD I)

É preciso olhar a saúde bucal com mais cuidado, e nessa perspectiva trabalhar com planejamento, para que apenas atendimentos clínicos curativos não virem rotina de trabalho.

4.9 A inserção da saúde bucal na atenção básica e o papel da gestão dos serviços

A gestão em saúde bucal vai do nível local, a nível distrital e a nível municipal, nível de secretaria.

As dúvidas que não são resolvidas no nível local devem ser levadas para o nível distrital, para que a saúde bucal não seja abandonada, pois para os gestores muitas vezes quando não são apresentados os problemas significa que a saúde bucal está bem. (CD F)

As equipes são abandonadas, quando as equipes não levam problemas para os seus superiores significa que está tudo bem. (CD L)

Acredito que a área técnica da saúde bucal não está sendo ouvida pela gestão central, e que em pouco tempo os Centros de Saúde vão se transformar em UPAs atendendo somente a demanda espontânea. (CD G)

A Ementa Constitucional 29 orienta que seja repassado 15% do orçamento municipal durante o ano vigente, para a saúde. Porém, existe muitos sub financiamentos na saúde.

Hoje a gente vive uma situação onde é repassado apenas 11%, esse dado foi apresentado no conselho municipal de saúde. Não se faz saúde pública universal com 11%, é muito pouco. (CD L)

Com o sub financiamento começam a surgir os problemas, obra parada, obra inacabada, equipe de saúde bucal incompleta.

De acordo com os profissionais entrevistados, a gestão intervém diretamente nas atividades odontológicas, com isso a falta de conhecimento o gestor dificulta na administração da saúde bucal.

Falta qualificação da gestão de modo geral. (CD M)

Dessa maneira afirmam que os gestores deveriam ter uma formação em saúde coletiva e não conhecimento técnico de odontologia.

Falta também a formação do gestor que as vezes não está voltada a saúde coletiva. Acredito que a gestão em si devia ter uma formação em saúde coletiva, porque tem muitos conhecimentos que são primordiais. (CD C)

Os entrevistados afirmam que a gestão está focada em conseguir recursos, deixando de lado a promoção da saúde. Além de relatarem que muitos gestores acabam destinando as ações preventivas apenas para profissionais da Estratégia de Saúde da Família, não incentivando a realização dessas atividades por todos os profissionais. A gestão influencia através de incentivos e políticas adotadas.

Com incentivos e com as políticas que são adotadas, porque por exemplo aqui em Florianópolis tem o PMAQ que vai incentivar essa questão, vai trazer um incentivo em remuneração para os funcionários. Tem também a

cobrança da produção, que dificulta a realização de atividades preventivas. (CD C)

4.10 Integração das ações de promoção da saúde, educação, prevenção, assistenciais e de reabilitação

A promoção de saúde e a prevenção são complementares no planejamento de programas de saúde. Os participantes da pesquisa afirmam a importância de atender o paciente como um todo, olhar para a saúde geral e não só para a saúde bucal.

É preciso atender o paciente como um todo, olhar para a saúde geral e não só a boca, buscando solucionar os problemas do paciente. (CD J)

No meu entendimento a gestão em saúde bucal é você atender o paciente como um todo, dar atenção para seus problemas, o que eu não consigo fazer em 20 horas semanais, é muito pouco tempo. (CD D)

Segundo os entrevistados, a gestão possui uma visão médico centrada e com isso prioriza-se mais a questão assistencial do que a promoção e prevenção de saúde. Devido a gestão acreditar que só o atendimento curativo assistencial é importante, dificulta o trabalho dos cirurgiões dentistas além do consultório odontológico, tornando as atividades dos profissionais puramente curativa.

Eu acredito que a gestão devia contar as atividades coletivas, ou valorizar até mais de acordo com o que a gente tem no caderno 24, para que a gente não sinta que está matando serviço, porque mesmo sabendo que é importante acaba sendo tachado. (CD C)

Dessa forma, afirmam que a gestão municipal e local são fatores de travamento para a promoção de saúde. A gestão cobra que seja realizado procedimentos clínicos, que a população seja atendida. (CD G)

Quando se tenta implantar a promoção da saúde bucal dentro do calendário da odontologia sempre acaba esbarrando na gestão. (CD M)

5. DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo compreender a gestão do cuidado em saúde bucal realizada pelos profissionais da saúde, no âmbito da atenção primária, a partir dos significados por eles atribuídos. Foram analisados os significados da gestão do cuidado em saúde bucal atribuídos pelos profissionais da saúde na atenção primária, e de que forma tais significados repercutiam nas suas práticas de cuidado.

A análise das informações permitiu elaboração de um modelo teórico-explicativo preliminar sobre a gestão do cuidado em saúde bucal, no âmbito da APS, a partir do agrupamento de dez categorias de análise em 5 dimensões de contexto, causa, condições intervenientes, estratégias de ação e consequência. Foi possível a identificação de diferenças contextuais e operacionais nos conceitos de gestão do Cuidado em Saúde Bucal. Na maior parte, sua incompreensão pelos profissionais é o que faz com que esses não experienciem a gestão do cuidado em saúde bucal no âmbito da APS.

Observando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na inserção dos serviços de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde (APS), a integração ensino-serviço e a promoção da interdisciplinaridade atuaram como condições intervenientes, o que consequentemente resultou em uma melhor organização do processo de trabalho na APS, com foco na realização de ações no âmbito da odontologia, garantindo acesso à população ao Cuidado em Saúde Bucal, assim como a realização do monitoramento de indicadores.

A inserção dos serviços da saúde bucal na APS busca sempre seguir os contextos dos princípios do SUS. Para garantir o cuidado integral à população, é necessário realizar a gestão de redes de atenção buscando assegurar o princípio da integralidade (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Para os cirurgiões dentistas participantes da pesquisa, garantir o cuidado integral com a baixa carga horária de serviços e a exigência dos gestores para uma produção clínica mínima, associado a uma alta demanda de usuários é uma tarefa difícil. Nesse sentido, outros estudos também apresentam que a alta demanda de pacientes, interfere na continuidade do atendimento, assim como a eficácia, a qualidade do cuidado e na articulação entre os diferentes níveis de saúde pelos profissionais, sendo os usuários os mais prejudicados ficando vulneráveis frente a um cuidado integral a saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; MENEZES, 2017).

As estratégias de ação na gestão do Cuidado em Saúde Bucal garantem o acesso à população ao cuidado, o monitoramento de

indicadores e escuta de usuários. Melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento, a busca pela extinção das filas e introdução de ações voltadas para a humanização do acolhimento aos usuários são ações que garantem melhor acesso. Em concordância com outros estudos, recomenda-se a redução de barreiras de acesso na APS com outras estratégias de marcação de consultas, substituição eliminando filas evitáveis permitindo a continuidade e a longitudinalidade do cuidado nesse nível. Deve ser também realizado a referência dos usuários para atendimentos na atenção secundária quando necessário, garantindo o cuidado integral do paciente (VIEIRA, 2013; CHAVES, 2012; CHAVES, 2010). A integralidade se complementa com a participação de outras instituições atuando em conjunto no sistema de saúde. Souza (2011) observaram que a integração ensino-serviço é percebida como estratégia colaboradora nas práticas em saúde. Em concordância, os profissionais participantes desta pesquisa relataram que a inserção de estudantes junto as ações realizadas no Centro de Saúde melhora a atenção aos usuários.

A gestão do cuidado em saúde bucal é uma forma de gerir, de administrar os cuidados ao paciente, sendo a interdisciplinaridade um fator positivo para o planejamento e para a prevenção e promoção de saúde. Dessa maneira, a interdisciplinaridade pode ser percebida como ação concreta ao produzir mudanças no processo de trabalho, se efetivando com a realização conjunta do diagnóstico de saúde, no levantamento de problemas e no planejamento das ações. Pode-se afirmar que ela se constrói em cima de uma realidade muito concreta, ou seja, no âmbito das práticas, dos cotidianos, das demandas e necessidades. Estudos demonstram que equipes que cooperam entre si estarão mais aptas e capazes para coordenar a atenção, identificar as reais necessidades da população e desenvolver novas tecnologias de atenção, produzindo respostas às demandas de saúde. Os resultados apresentam que muitos cirurgiões dentistas buscam apoio matricial, permitindo que os casos sejam discutidos com a equipe, evitando encaminhamentos para outras equipes de profissionais (MATUDA, 2013).

A colaboração interprofissional na equipe de saúde tem sido identificada como uma estratégia para um cuidado mais qualificado, ampliado e efetivo (SCHERER, 2013). Além disso, a coordenação do cuidado efetiva necessita incorporar as perspectivas dos usuários e dos profissionais de saúde. Estudos apontam que ao ouvir as perspectivas dos usuários e a organização dos processos de trabalho, é possível garantir acessibilidade e capacidade de resolução da maior parte dos

problemas de saúde garantindo a continuidade assistencial (ALMEIDA, 2018). Desde a perspectiva dos usuários, as informações entre serviços e níveis devem estar organizadas aumentando a resolutividade da APS, fortalecendo as equipes multiprofissionais, e aumentando o vínculo com o paciente, elemento essencial para a adesão dos usuários aos serviços e ações de saúde, pois permite que se sintam mais seguros, ouvidos e cuidados (LIMA, et.al 2019).

Ações intersetoriais com escolas, centros de educação infantil, outras instituições de ensino e no centro de saúde apresentaram grande importância para os profissionais. São realizadas ações de educação em saúde bucal, palestras educativas, levantamento epidemiológicos, escovação supervisionada, atividade em grupos para crianças, idosos. Sendo reconhecido nos resultados e em outros estudos que a construção de ações intersetoriais permite pensar as necessidades da comunidade de forma mais ampla e de agir nos problemas de forma menos pontual, considerando toda sua complexidade (MORETTI, 2010).

O modo de organizar e coordenar o processo de trabalho da equipe na Atenção Básica, influencia na continuidade do cuidado. Seus fatores podem estar diretamente interligados, de forma que um condiciona o outro (SCHIMITH, 2015). Dessa maneira, podemos pensar que a gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões, desde a gestão profissional, organizacional ou até mesmo a dimensão sistêmica. A dimensão profissional refere-se ao processo de trabalho na esfera do encontro entre usuário e profissional. A dimensão organizacional corresponde ao componente institucional das práticas, referindo-se ao nível das relações entre diferentes profissionais e tecnologias disponíveis para operacionalizar o cuidado. A dimensão sistêmica representa a modelagem da rede de cuidados que se dá em um território (CECÍLIO, 2011).

No processo de trabalho observa-se uma limitação na organização e gestão, existindo uma falta de preparo para realizar as atividades na APS, devido a terem informações embasadas apenas em conhecimentos adquiridos durante sua formação acadêmica ou experiências realizadas e relatadas por colegas (REIS, 2015). A falta de diálogo do gestor com as Equipes de Saúde Bucal, antes do início das atividades, e a falta de capacitação e perfil para o trabalho, aliadas à autonomia existente, podem gerar diferenças no que se refere às atividades desenvolvidas. Destaca-se também a necessidade de readequação administrativa para incluir na agenda a educação permanente em gestão dos profissionais de nível central e das UBS, frente a baixa formação em Saúde Pública dos gestores. Além disso

incentivos financeiros podem ajudar no alcance dos objetivos da política de saúde, favorecendo o acesso aos serviços de saúde necessários aos cidadãos, garantindo alta qualidade do atendimento e melhoria da equidade, bem como promovendo a utilização efetiva e eficiente dos recursos de saúde(SILVEIRA, 2010; DITTERICH, 2012).

O estudo da gestão ao cuidado da saúde bucal é amplo e precisa de mais definições, para que assim seja possível garantir acesso, atendimento contínuo e integral aos usuários, além de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

O estudo apresentou algumas limitações devido às entrevistas terem sido realizadas por ligação telefônica, impedindo a análise do comportamento e atitudes dos entrevistados durante as respostas. Dessa maneira, sugere-se estudos com entrevistas presenciais ou associando outras técnicas de coleta de dados, como observação. Também se sugere a composição de novos grupos amostrais, abrangendo diversas regiões geográficas, para que novas informações possam ser adicionadas e aprofundadas aprimorando o conhecimento teórico-científico.

Espera-se ter contribuído para que melhorias possam ser realizadas na atenção à saúde bucal no âmbito da APS no SUS, especialmente em relação à gestão do cuidado em saúde bucal.

6. CONCLUSÃO

O modelo teórico preliminar elaborado, após a realização desse estudo, ao revelar o significado da gestão do cuidado em saúde bucal, buscou auxiliar na organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, apresentando como estratégias de ação para melhorar os serviços de saúde bucal na atenção primária o monitoramento de indicadores, a escuta aos usuários e a garantia de acesso. Foi possível observar que a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço são condições que intervêm para que a organização do processo de trabalho seja qualificada.

Pode se concluir que a gestão do cuidado em saúde bucal foi percebida como a garantia de um cuidado integral para o usuário do sistema de saúde, por meio do reconhecimento da população, utilização de indicadores e de ações de planejamento.

Embora os participantes tenham apresentado um significado de gestão do cuidado em saúde bucal coerente com o modelo de atenção preconizado para o SUS, na prática muitas vezes seguiam com ações focadas em modelos tradicionais com enfoque individual, clínico-curativo. Nesse caso, a participação dos profissionais e de usuários na tomada de decisão é limitada. Além disso, a carga horária de serviço semanal incompatível com a alta demanda em saúde bucal não permite que a definição de gestão do cuidado em saúde bucal seja exercida na prática, ficando assim o cirurgião-dentista restrito às atividades assistenciais. Ações de promoção à saúde para a melhoria da qualidade de vida, e prevenção de doenças, numa perspectiva coletiva, ocupam pouco espaço na rotina diária das equipes de saúde bucal, mesmo os profissionais sabendo de sua importância.

É necessário garantir acesso qualificado e a promoção do vínculo com os usuários, visto que também são responsáveis pela gestão do cuidado em saúde bucal. Contudo, este conjuga medidas que necessitam da atuação conjunta da gestão, dos profissionais de saúde e dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, P.F. et al. **Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema único de Saúde. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244-260, 2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política nacional de atenção básica**. Brasília (DF): 2011.
4. CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, v.15, n.37, p.589-99, 2011.
5. CECÍLIO, L.C.O et al., A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência saúde coletiva**, v.17, n.11, p. 2893-2902, 2012.
6. CHAVES, SCL et al. **Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado**. Rev. Saúde Pública[online]. 2010, vol.44, n.6, pp.1005-1013. Epub Oct 08, 2010.
7. CHAVES, SCL et al. **Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):3115-3124, 2012
8. CORIOLANO-MARINUS, M.W.L et al. Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. **Interface**, v. 19, n. 53, p.311-324, 2015.
9. DANTAS, CC. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2009.
10. DITTERICH, RG et al. **O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4):615-627, abr, 2012.
11. LIMA, C. A. et al. **Avaliação do processo de trabalho entre Equipes de Saúde da Família de um município de Minas Gerais, Brasil**. Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 2019.
12. MATUDA, CG; AGUIAR, DML; FRAZÃO, P. **Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil:**

- implicações para o modelo de atenção à saúde.** Saude soc. vol.22 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2013.
13. MELLO; A.L.S.F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p. 205-214. 2014.
 14. MENEZES, ELC et al. **Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde.** Saude soc.[online]. 2017, vol.26, n.4, pp.888-903. ISSN 0104-1290. MORETTI, AC et al.**Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR).** Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1827-1834, 2010.
 15. PAIM, J. S. **O que é SUS.**Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
 16. PIRES, F.S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde Soc.** v.24, n.1,p.273-284, 2015.
 17. RODRIGUES, L.B. et al. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Cienc. saude coletiva**, v. 19, n. 2, p.343-352, 2014.
 18. REIS, WG; SCHERER, MD; CARCERERI, DL. **O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real.** Saúde debate[online]. 2015, vol.39, n.104, pp.56-64.
 19. SANTOS, JLG. et al. Teoria fundamentada na pesquisa em enfermagem e saúde. **Esc Anna Nery**, 2016;20(3).
 20. SANTOS, AM, GIOVANELLA, L. **Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil**Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(3):e00172214, mar, 2016.
 21. SCHERER, M. D. A. et al. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.
 22. SCHIMITH, M. D. et al. **Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na Atenção Primária à Saúde.** Enfermería global. n 38, 2015.
 23. SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p. 2753-62, 2011.
 24. SILVEIRA, DS et al. **Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de**

- municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(9):1714-1726, set, 2010.
25. SOARES, F. F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período de 2001 a 2008. **Ciênc saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, 2011.
 26. SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Qualitative study of the teaching-service integration in an undergraduate Dentistry course. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.1071-84, out./dez. 2011.
 27. VIANA, A.L. et al. **Regionalização e Redes de Saúde.** Ciência Saúde Coletiva, 2018.
 28. VIEIRA, V. et al. **Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.3, p.795-803, 2013.


APÊNDICE A - Questionário 1

- 1) Fale-me sobre seu trabalho como CD no SUS/ ESF.
- 2) Qual o significado da expressão gestão do cuidado em saúde bucal para você?
- 3) Conte-me sobre os momentos na sua rotina de trabalho em que você realiza a gestão do cuidado em saúde bucal. Como você realiza.
- 4) Há algo mais que você considere importante falar sobre esse tema?

APÊNDICE B - Questionário 2

- 1) Como você entende o papel do dentista no cuidado da atenção primária? O que é esse papel? Qual a responsabilidade do dentista no cuidado da saúde bucal?
- 2) De que modo o dentista faz a gestão do cuidado da saúde bucal? O que deveria ser feito e o que realmente é feito?
- 3) Quais são os fatores que limitam a plena/resolutiva gestão do cuidado da saúde bucal?
- 4) Como que você acha que a gestão superior, gestão local, gestão municipal, secretaria de saúde influencia na gestão do cuidado em saúde bucal?

ANEXO A- Ata de apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso


 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 CURSO DE ODONTOLOGIA
 DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 30 dias do mês de maio de 2019 às 8 horas,
 em sessão pública no (a) salão CCS desta Universidade, na presença da
 Banca Examinadora presidida pelo Professor
Prof. Dr. F. F. de Melo
 e pelos examinadores
 1. Renata J. Costa
 2. Andreas Emato
 o aluno Diogo Trindade

apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:
Defesa de candidato em base de base
prova teórica preliminar para obtenção em
diploma
 como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e
 a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após
 reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela aprovação do
 referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao
 aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a
 presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca
 Examinadora e pelo aluno orientando.

 Presidente da Banca Examinadora

 Examinador 1

 Examinador 2

 Aluno

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Eu, Prof^ª. Dr^ª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pesquisadora responsável, e a pesquisadora Débora Tauckeck, graduanda do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, que tem como objetivo analisar o conceito de gestão do cuidado em saúde no âmbito da Atenção Primária a partir da vivência dos profissionais e sua repercussão na prática. Trata-se de uma pesquisa vinculada a iniciação científica. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Declaramos que seguiremos a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista semiestruturada baseada em um roteiro, a qual será gravada digitalmente e posteriormente transcrita, sem que você seja identificado (a) em

qualquer tempo do estudo. As informações colhidas na entrevista serão referentes ao seu cotidiano de trabalho. Os dados obtidos serão usados exclusivamente para esta pesquisa e com a finalidade prevista no projeto. Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o seu anonimato e a sua imagem, bem como a sua não estigmatização.

Você não terá custos, nem compensações financeiras, no entanto, caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você poderá solicitar indenização de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação ao tema e a prática do trabalho. Ao sentir-se desconfortável você poderá cessar a entrevista em qualquer momento. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para revalidação das respostas, caso seja necessário, ou seja, caso tenhamos alguma dúvida em relação a sua resposta, é possível que o contatemos por telefone ou e-mail, conforme sua disponibilidade e aceitação. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos. A sua participação não lhe trará nenhum benefício pessoal, apenas social, uma vez que você estará colaborando com a construção do conhecimento científico da área. Acreditamos que o estudo possa contribuir para um debate sobre as práticas na Atenção Primária em Saúde e, conseqüentemente, contribuir para o seu fortalecimento e auxiliar na efetivação da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Você tem a liberdade de recusar a participar do estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização.

Você está recebendo este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar e rubricar, em duas vias, ficando uma via com você e outra, com os pesquisadores. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Os pesquisadores Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Débora Tauchek estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (47) 992110701, pelos e-mails alfm@terra.com.br e detauchek@hotmail.com ou pessoalmente, no seguinte endereço profissional: Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC). O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação.

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Débora Tauchek
Pesquisadora responsável	Pesquisadora Colaboradora
Universidade Federal de Santa Catarina	Rua Lauro Linhares, 689,
Campus Univ. Reitor João David Ferreira Lima	apto103B1- Trindade
Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146	88034-100- Florianópolis (SC)
88040-970 Trindade - Florianópolis (SC) Email:	Email: detauchek@hotmail.com
alfm@terra.com.br	Fone: 47 992110701
Fone: 48 99804966	

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante:

RG: _____ CPF: _____

Local e data:

Assinatura:

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde na Atenção Primária

Pesquisador: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08833916.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.783.874

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Tese de Doutorado do PGN/UFSC intitulado Gestão do Cuidado em Saúde na Atenção Primária.

Descrição:

Trata-se de uma pesquisa de natureza teórico-empírica, com abordagem qualitativa, que será desenvolvida em dois momentos. Para o momento da pesquisa teórica, propõe-se a análise do conceito de Gestão do Cuidado em Saúde, com enfoque na Atenção Primária em Saúde (APS), ancorado no método de análise conceitual, proposto por Walker e Avant (2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o conceito de gestão do cuidado em saúde no âmbito da APS;2. Compreender o significado de gestão do cuidado em saúde, a partir da vivência dos profissionais na APS e de que forma esses significados repercutem nas suas práticas;3. Construir um modelo teórico explicativo sobre a gestão do cuidado em saúde no âmbito da APS 4. Discutir a aplicabilidade do modelo-teórico explicativo na prática4. Discutir a aplicabilidade do modelo teórico explicativo na prática.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Avenida Itália, 12. Descontorno, Florianópolis, SC, 88075-900
 Bairro: Trindade CEP: 88040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (51) 3745-0341 E-mail: cep.cepesq@ufsc.br

Contratação de Funcion. 1.692.574

Riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação ao tema e a prática do trabalho. Os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos.

Benefícios:

As informações deste estudo serão de uso exclusivamente científico para a área da Saúde e Entomologia tendo seus benefícios diretamente relacionados com a produção do conhecimento para a área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta fundamentação teórica e metodológica com condições de ser desenvolvido na prática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou a documentação exigida para submissão e avaliação do CEP/UFSC tais como Projeto, Relatório, Folha de Rosto, Declaração Instituição, Cronograma, Orçamento e TCLE.

Recomendações:

Continuar lendo e refletindo a Resolução 466/2012 CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluído indicando aprovação somente coloco como sugestão que o primeiro parágrafo passe para o parágrafo final e coloque que o projeto atende a resolução 466/2012 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PR_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO (7/2388).pdf	08/10/2016 00.37.18		Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigator	Projeto de Tese novo CCP08102016.pdf	08/10/2016 00.38.51	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE novo 08102016.pdf	08/10/2016 00.38.26	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Acerto
Outros	Carta resposta CCP08102016.pdf	08/10/2016 00.38.33	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Acerto
Folha de Rosto	Folha de rosto assinada.pdf	12/09/2016 16.53.26	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Acerto
Declaração de	Aprovação SMS UFSC	07/09/2016	Ana Lúcia Schaefer	Acerto

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Caixa Postal 1, 14, Douradosópolis, Mar. Itá, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade CEP: 88.044-900

UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS

Teléfono: (51) 31-41434

E-mail: cep@cep@ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Contribuição do Parecer: 1709/2018

Instituição e Infraestrutura	Aprovação SMS-UFSC	15.24.07	Ferreira de Mello	Aceto
---------------------------------	--------------------	----------	-------------------	-------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Fl. ORIANOPOLIS, 24 de Outubro de 2018

Assinado por:
Luiz Eduardo Toledo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Próclo Reitoria II, R. Desembargador Mário Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Itaipava CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6204 E-mail: cop.conep@contat.ufsc.br