

Christine Böhm da Costa

**SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
AVANÇOS E DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO
ODONTOLÓGICO**

Dissertação da aluna Christine Böhm da Costa submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Gestão em Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. João Carlos Caetano

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pela autora através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Costa, Christine Böhm da

Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: Avanços e desafios na produção do cuidado odontológico. / Christine Böhm da Costa; orientador, João Carlos Caetano - Florianópolis, SC, 2015.

93 p

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Odontologia Comunitária. 3. Fluxo de trabalho. 4. Serviços de saúde bucal. 5. Saúde Pública. I. Caetano, João Carlos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: Avanços e desafios na produção do cuidado odontológico.

Christine Böhm da Costa

**SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
AVANÇOS E DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO
ODONTOLÓGICO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Odontologia, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Florianópolis,

Prof.^a Izabel Cristina Santos Almeida, Dr.^a.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora

Prof. João Carlos Caetano, Dr.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Luiz Carlos Machado Miguel, Dr.
Universidade da Região de Joinville

Prof.^a Daniela Lemos Carcereri, Dr.^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Cláudio José Amante, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho ao meu marido
Luís Carlos Bianchetti e aos nossos queridos
Artur e Henrique.

AGRADECIMENTOS

A Deus Pai, por todas as oportunidades que tive na vida, pela inspiração, coragem e disposição que me destes para que eu pudesse chegar até aqui e por tudo de bom que ainda há de vir.

Ao meu orientador Professor Doutor João Carlos Caetano, por ter aceitado me orientar. Por dividir seu vasto conhecimento e experiência em Saúde Coletiva. Por sua amizade, alegria e vivacidade, que proporcionou momentos muito ricos no decorrer destes dois anos de convivência. Como ele mesmo diz “o mais importante é o afeto”.

A todos os professores e funcionários do PPGO – UFSC pelos seus ensinamentos, em especial às professoras Dr^a Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Dr^a Izabel Cristina Santos Almeida.

Aos meus familiares pelo carinho, companhia e pela acolhida em Florianópolis, fundamental para realização deste curso.

Ao meu marido Luís e aos meus filhos Artur e Henrique por seu amor e apoio nesta caminhada.

Aos professores que gentilmente aceitaram fazer parte da banca e contribuíram para o enriquecimento deste trabalho: Luiz Carlos Machado Miguel, Cláudio José Amante, Daniela Lemos Carcereri e Renata Goulart Castro.

A Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, na pessoa da senhora Larissa Grun Brandão Nascimento, por autorizar a realização deste estudo.

Aos queridos colegas do Núcleo de Apoio Técnico pelo incentivo em todos os momentos.

À Denise Vizzotto, Allan Abuabara, Vivian Tácito Gouvea e Vanessa Cardoso por sua importante participação como apoiadores na realização dos grupos focais e por seus valiosos conselhos.

Aos colegas das equipes de saúde bucal e enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família, que aceitaram participar desta pesquisa. Sem vocês não seria possível a realização deste trabalho.

Aos colegas do Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva e da Especialização em Saúde Coletiva, grandes companheiros e incentivadores nesta jornada, em especial à Fabiane Alves Farias.

Nada nesta vida se faz sem o apoio dos amigos, então quero agradecer a todos pela amizade, inspiração e exemplo. Em especial à Letícia Friedrich, Jamile e Celso Araújo, Marcelo Hounsell, Renata Hounsell e Antônia Grigol.

“Nós precisamos uns dos outros. Esse tipo de interdependência é o maior desafio imposto à maturidade do indivíduo e do funcionamento do grupo”. (Kurt Lewin, 1920)

“Cuidar é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.” (Leonardo Boff, 2013).

RESUMO

A inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil ocorreu oficialmente no ano 2000 a partir da publicação da Portaria nº 1.444 do Ministério da Saúde. Em Joinville, Santa Catarina, as primeiras equipes desta modalidade surgiram em 2008. Esta inserção significou a criação de um espaço de práticas e relações constituídas para a reorganização do processo de trabalho da saúde bucal no âmbito do serviço de saúde (BRASIL, 2004). O objetivo deste estudo é analisar o modo de produção do cuidado odontológico das equipes da Estratégia de Saúde da Família (eqESF). Os objetivos específicos são: descrever o modo de produção do cuidado odontológico na ESF e identificar avanços e desafios na produção do cuidado odontológico das ESB da ESF de Joinville, SC. Trata-se de estudo de caso com abordagem qualitativa e triangulação dos métodos qualitativos e quantitativos na coleta e análise de dados (MINAYO, 2010). A unidade de análise é o processo de trabalho das ESB na ESF de Joinville, Santa Catarina. Foram realizados grupos focais com profissionais das equipes de saúde bucal e enfermeiras das equipes deste modelo. O roteiro de debate foi norteado por questões a respeito dos temas acesso e acolhimento, planejamento e organização das agendas, integração com a equipe da ESF e gestão participativa, coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde bucal, ações coletivas de promoção de saúde, controle social, organização da prática e da assistência, e educação permanente. A discussão foi efetuada com base no referencial teórico da ESF e os trabalhos de Emerson Elias Mehry e Túlio Batista Franco (2013). O cuidado em saúde bucal extrapola o conhecimento técnico profissional, envolve a micropolítica dos processos de trabalho, a subjetividade e a autonomia dos sujeitos. Requer proatividade e comprometimento de todos no sentido de melhorar a comunicação interpessoal, para aprimorar o relacionamento profissional dentro e fora da equipe, nos diferentes níveis de atenção, para que se efetive o cuidado integral do usuário na Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB). A inserção das ESB na ESF representa um avanço para a odontologia de Joinville, pois trouxe como diferencial a evolução do cuidado anteriormente focado na saúde materno infantil à ampliação do acesso para as famílias. A mobilização de parcerias na comunidade potencializa as ações das equipes na busca por resultados, que beneficiam a saúde e o modo de vida das pessoas. Este estudo traz subsídios para indicar a reorganização do serviço a partir da análise dos resultados e da troca de experiências entre as equipes.

Palavras-chave: Odontologia Comunitária. Fluxo de Trabalho. Serviços de Saúde Bucal. Saúde Pública. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The inclusion of Oral Health in the Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família, known as ESF) in Brazil officially occurred in 2000 after the publication of Ordinance No. 1444 of the Ministry of Health. In Joinville, Santa Catarina, the first teams appeared in 2008. This insertion meant to create a practice space and relationships established to reorganize the oral health work process within the health service (BRAZIL, 2004). The aim of this study is to analyze the mode of production of dental care in “ESF”. The specific objectives are: describe the dental care mode of production in the “ESF” and identify progress and challenges in the production of dental care of oral health teams in the “ESF”. It is a case study with a qualitative approach and triangulation of quantitative and qualitative methods in data collection and analysis (MINAYO, 2010). The unit of analysis is the working process of the oral health in the “ESF”. They were conducted focus groups with professionals of oral health and nurses. The discussion script was guided by questions about the themes access and hosting, planning and organization of the agendas, integration with the “ESF” team and participatory management, care coordination network of oral health care, collective actions of health promotion, social control, organization of practice and care, and continuing education. The discussion was made based on the theoretical framework of the Family Health Strategy and the works of Emerson Elias Mehry and Túlio Batista Franco (2013). Oral health care goes beyond the professional expertise, involves micro work processes, subjectivity and autonomy of individuals. Requires proactivity and commitment of all to improve interpersonal communication to improve professional relationships within and outside the team, in the different levels of care, to be made effective full user care in the Oral Health System. The insertion of the oral health in the “ESF” represents an advance for Joinville’s dentistry, because it brought the differential evolution of the previously focused on maternal and child health care to expand access for families. The mobilization of partnerships in the community enhances the actions of the teams in the search for results that benefit the health and livelihood of the people. This study provides subsidies to indicate the reorganization of the service from the analysis of results and exchange of experiences between the teams.

Keywords: Community Dentistry. Workflow. Dental Health Services. Public Health. Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação do processo de trabalho em saúde.....37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de ESB da ESF nas modalidades I e II; porcentagem da cobertura populacional estimada na Macrorregião Nordeste de Santa Catarina em setembro de 2014.....	34
Quadro 2 – Série histórica dos indicadores do COAP em Joinville, Macrorregião Nordeste e Estado de Santa Catarina (2011 a 2013).....	41
Quadro 3 – Pré-análise dos dados qualitativos.....	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Série Histórica da cobertura populacional da ESF no Brasil (2002 a 2014).....	29
Gráfico 2 – Série Histórica da implantação das equipes da ESF em Santa Catarina. (1998 a 2014).....	30
Gráfico 3 – Série Histórica da implantação das equipes de ESB da ESF no Brasil (2002 a 2014).....	33
Gráfico 4 – Série Histórica da cobertura populacional das ESB da ESF no Brasil (2002 a 2014).....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Profissionais e empresas registrados no CRO atuando em Joinville em 2014.....	39
Tabela 2 – Profissionais das Equipes de Saúde Bucal de Joinville por nível de atenção.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	–Atenção Básica
ASB	–Auxiliar em Saúde Bucal
CD	–Cirurgião-dentista
CEO	–Centros de Especialidades Odontológicas
CRO	–Conselho Regional de Odontologia
DAB	–Departamento de Atenção Básica
EACS	–Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESB	–Equipes de Saúde Bucal
ESF	–Estratégia Saúde da Família
EqESF	–Equipe da Estratégia Saúde da Família
MN	–Macrorregião Nordeste
MS	–Ministério da Saúde
NAT	–Núcleo de Apoio Técnico
NOB	–Norma Operacional Básica
PAB	–Piso da Atenção Básica
PNAB	–Política Nacional de Atenção Básica
PNE	–Portador de Necessidades Especiais
PNH	–Política Nacional de Humanização
PNSB	–Política Nacional de Saúde Bucal
RASB	–Rede de Atenção à Saúde Bucal
SAS	–Secretaria de Assistência à Saúde
SC	–Santa Catarina
SES	– Secretaria de Estado da Saúde
SESI	–Serviço Social da Indústria
SESC	–Serviço Social do Comércio
SISPrenatal	- Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMS	–Secretaria Municipal de Saúde
SUS	–Sistema Único de Saúde
TSB	–Técnico em Saúde Bucal
UFSC	–Universidade Federal de Santa Catarina
UNASUS	–Universidade Aberta do SUS
VD	–Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	27
1.1	OBJETIVOS.....	28
1.1.1	Objetivo Geral.....	28
1.1.2	Objetivos Específicos.....	28
2	EMBASAMENTO TEÓRICO.....	29
2.1	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	29
2.2	SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	32
2.3	PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.....	35
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	39
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	39
3.2	DESENHO DO ESTUDO.....	42
3.3	COLETA DOS DADOS.....	42
3.4	ANÁLISE DE DADOS.....	43
3.5	SUJEITOS DA PESQUISA.....	45
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
4	RESULTADOS.....	47
4.1	Introdução.....	49
4.2	Percurso Metodológico.....	50
4.3	Resultados e Discussão.....	51
4.3.1	Categoria 1 – Acesso ao tratamento odontológico.....	51
4.3.2	Categoria 2 – Longitudinalidade do cuidado à saúde bucal na ESF.....	54
4.3.2.1	Subcategoria 2.1– Faltas ao tratamento odontológico.....	55
4.3.2.2	Subcategoria 2.2 – Tratamentos concluídos.....	56
4.3.2.3	Subcategoria 2.3 – Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde Bucal.....	57
4.3.3	Categoria 3 – Integração da Equipe de Saúde Bucal com a equipe interdisciplinar em saúde da ESF.....	58
4.3.3.1	Subcategoria 3.1 – Ações de promoção à saúde.....	61
4.4	Considerações finais.....	63
4.5	Referências.....	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICE A – Roteiro de Debate Adaptado de Souza (2010).....	76
	APÊNDICE B –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	79
	APÊNDICE C – Questionário Perfil Profissional.....	81
	ANEXO A – Atribuições dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família.....	83

ANEXO B – Atribuições da Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.....	85
ANEXO C – Relatório de atendimento odontológico do ano 2013.....	87
ANEXO D – Localização das Equipes de Saúde Bucal do Modelo Estratégia Saúde da Família em Joinville, Santa Catarina.....	88
ANEXO E – FORMA DE CÁLCULO DOS INDICADORES DO CONTRATO ORGANIZATIVO DAS AÇÕES PÚBLICAS.....	89
ANEXO F – Termo de Aprovação da Pesquisa pelo CEP- UFSC.....	90
ANEXO G – Termo de Aprovação da Pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Joinville.....	92

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporciona aos profissionais de saúde um espaço de integração de conhecimentos e multiplicação de forças em benefício dos usuários. As equipes multiprofissionais têm a oportunidade de organizar os processos de trabalho centrados no atendimento integral visando promover, manter e restabelecer a saúde das pessoas de modo individual e coletivo. A união dos diferentes saberes das diversas áreas da saúde enriquece o trabalho e torna-o mais resolutivo à medida que ocorre a integração e contribuição de todos os profissionais no cuidado às famílias (BRASIL, 2004).

A inclusão das equipes de saúde bucal (ESB) na ESF significou a criação de um espaço de práticas e relações constituídas para a reorganização do processo de trabalho da saúde bucal no âmbito do serviço de saúde. Fomentou a mudança nos processos de trabalho, especialmente no modo de relacionar-se com os demais profissionais de saúde e no enfoque na promoção da saúde (BRASIL, 2004).

Mudar o paradigma da odontologia coletiva tradicional para o modelo ESF depende de indicação técnica, mas essencialmente de vontade política. Sendo esta uma prerrogativa dos gestores, cabe aos técnicos do serviço público e estudiosos da saúde coletiva a missão de sensibilizá-los para mudar a prática vigente sempre no sentido de fazer mais e melhor em benefício da população. O motivo principal para a realização deste estudo é estar ciente desta responsabilidade, pelo fato da autora estar inserida nestes dois ambientes, acadêmico e profissional.

O tema principal desta pesquisa é o cuidado odontológico na ESF. Busca-se conhecer como se efetiva o cuidado odontológico das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Quais são os fatores limitantes à execução do trabalho? Quais foram os avanços proporcionados pela mudança de modelo de atenção? Como se dá a integração das ESB com os profissionais da ESF?

Desta forma a pesquisa se justifica à medida que os resultados encontrados possam contribuir com a melhoria do processo de trabalho destas equipes, e sejam passíveis de generalizações que possam servir para outras equipes e regiões.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o modo de produção do cuidado odontológico das equipes da Estratégia de Saúde da Família (eqESF) de Joinville, SC.

1.1.2 Objetivos Específicos

Descrever o modo de produção do cuidado odontológico na ESF.

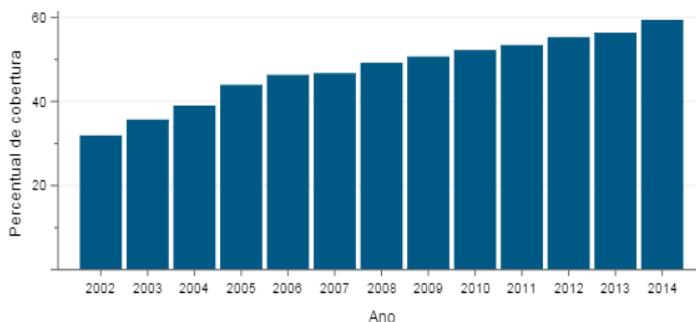
Identificar avanços e desafios na produção do cuidado odontológico das ESB da ESF de Joinville, SC.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF, inicialmente chamada de Programa de Saúde da Família (PSF), foi criada em 1994 e modificou o modo de produção da saúde no Brasil. Está estruturada segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo considerada como estratégia prioritária para expansão e consolidação desse nível do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2011). Atualmente está inserida em 98% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2014). Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, a cobertura populacional da ESF no Brasil aumentou de 32% em 2002 para 60% em 2014, como pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Série histórica da cobertura populacional da ESF no Brasil de 2002 a 2014.



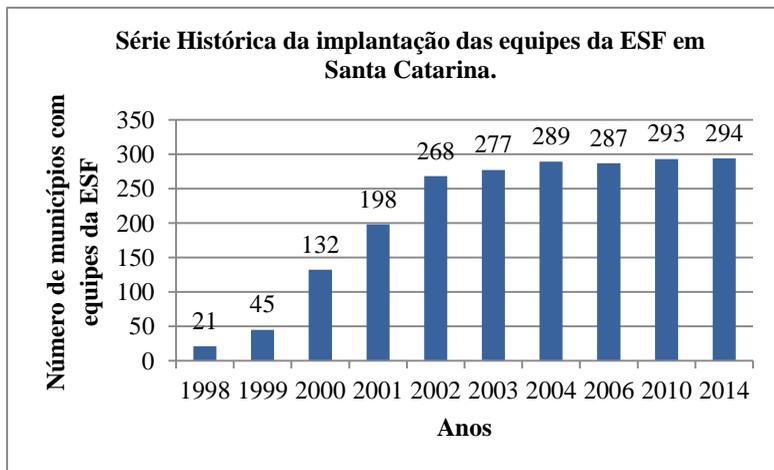
Fonte: DAB/SAS/MS (2014).

Em Santa Catarina, a implantação da ESF iniciou em 1994 e ampliou-se através dos convênios firmados entre o Ministério da Saúde e os municípios. Os primeiros dados do programa surgiram a partir da portaria nº. 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997), que vinculou os recursos financeiros à alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (HENRIQUE; CALVO, 2008). Joinville, Blumenau, Chapecó, Criciúma e Lages foram os primeiros municípios catarinenses a aderirem ao programa (FERREIRA, 2011).

Em 1998 Santa Catarina contava com 21 municípios na ESF. Gradativamente outros municípios foram aderindo. Em 2002, 268 municípios possuíam eqESF. Atualmente, praticamente todos os

municípios catarinenses estão inseridos na ESF, como pode ser observado no gráfico 2, que apresenta a série histórica da implantação das eqESF nos municípios catarinenses.

Gráfico 2 – Série histórica da implantação das equipes da ESF em Santa Catarina (1998 a 2014).



Fonte: DAB/SAS/MS (2014).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a cobertura populacional da ESF no estado de Santa Catarina foi estimada em 79,36% até maio de 2015 (BRASIL, 2015).

A ESF alinha-se aos princípios do SUS e tem como desafio transformar a realidade com base no planejamento territorial, na participação popular e na oferta de ações e serviços com equidade. Busca enfrentar e equacionar os problemas encontrados no território de modo integrado, com melhor qualidade, através de ações articuladas intersetorialmente para obter maior resolutividade no atendimento prestado (SOUZA, 2014).

As noções de população adstrita e base territorial são muito importantes para a organização do sistema de saúde, pois visam à caracterização da população e de sua situação de saúde. Contribuem para avaliar o impacto do sistema sobre as condições de saúde da população local, à medida que fornecem subsídios como área geográfica, equipamentos e dados epidemiológicos para realização do planejamento das ações em saúde das equipes (UNGLERT, 1999 IN: BRASIL, 2011).

As ações em saúde são planejadas a partir do diagnóstico realizado nos territórios e devem ser articuladas pela eqESF com os

outros níveis do sistema para garantir a continuidade e resolutividade dos tratamentos realizados.

As eqESF são preferencialmente o primeiro ponto de contato das pessoas com o sistema de saúde. Por este motivo, precisam estar preparadas para garantir o acesso e acolhimento dos usuários de seu território. Considera-se que o acesso e o acolhimento são elementos fundamentais do atendimento, pois favorecem a organização dos serviços e a qualificação da assistência ao centrar a organização do processo de trabalho no usuário, considerando-o como portador de direitos e sujeito ativo na produção dos atos de saúde (BARRA, 2011). “O acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população (BRASIL, 2006)”.

Reforçando o exposto acima, a Política Nacional de Humanização (PNH) afirma que o acolhimento no campo da saúde “concretiza-se no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço (BRASIL, 2004).”

Para a consolidação da ESF é necessário um olhar diferenciado para fatores como a organização do processo de trabalho pela integração da equipe, horários adequados de funcionamento e o uso de protocolos para organizar a oferta adequada de cuidados e ações programáticas. Requer também o acompanhamento e o apoio da gestão no planejamento e supervisão das ações. As equipes precisam dispor de profissionais aptos a aumentar a qualidade e a resolutividade do trabalho na atenção básica. (FACCHINI et al IN: SOUZA; FRANCO; MENDONÇA 2014).

A PNAB, como política orientadora, sinaliza que o trabalho bem articulado dos diversos profissionais de saúde é fundamental para o aprimoramento do campo comum de competências. Desta forma aumenta-se gradativamente a capacidade de cuidado da equipe e o processo de trabalho técnico-científico deverá ser orientado para satisfação das necessidades de saúde do usuário (BRASIL, 2011). As atribuições comuns aos profissionais de saúde da ESF estão descritas no ANEXO-A.

Entre estas atribuições encontra-se a realização de ações de promoção da saúde com o objetivo de empoderar os cidadãos para a tomada de decisões e para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos que visam à melhoria da qualidade de vida. São ações articuladas intersetorialmente, onde os atores sociais envolvidos, Estado, comunidade, indivíduos e sistemas de saúde, compartilham do objetivo de interferir nos fatores determinantes do processo saúde-doença. (REIS,

BERTUSSI, FUENTES IN: SOUZA, 2014; BUSS, 2003; SANTOS, ASSIS, 2006; LOPES et al, 2010).

2.2 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

As ESB integraram-se à ESF a partir da Portaria GM/MS 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), que estabeleceu incentivo financeiro para reorganização da atenção, diante da necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, bem como, da necessidade de melhorar os índices epidemiológicos. Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. Estas diretrizes foram criadas para reorganizar o trabalho das ESB nos três níveis de atenção, destacando-se “o cuidado como eixo de reorientação do modelo, a humanização do processo de trabalho, a corresponsabilização dos serviços e o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado e condições especiais de vida (BRASIL, 2004)”.

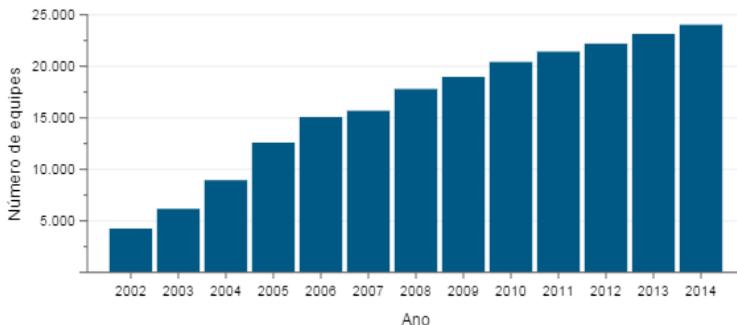
A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde bucal na ESF, pois a PNSB ampliou o olhar e o modo de produzir o cuidado das ESB. Especialmente no que se refere à integração da ESB com a eqESF com a proposta de realização de trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Destaca-se entre as diversas atribuições da ESB (ANEXO B), que os CD “devem realizar diagnósticos e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar ações de saúde bucal, bem como atender à comunidade no território adstrito (BRASIL, 2004)”.

Na atenção básica, as ESB organizam-se em três modalidades distintas. Na modalidade I são constituídas por CD e auxiliar em saúde bucal (ASB). Na modalidade II são formadas por CD, ASB e Técnico em Saúde Bucal (TSB). As equipes da modalidade três, com CD e ASB, atuam em unidades móveis (BRASIL, 2012).

A inclusão das profissões auxiliares representou um grande avanço no modo de produzir o cuidado odontológico, pois além de atuarem nas ações de promoção à saúde bucal, colaboram no atendimento clínico, participam do planejamento e organização técnica do consultório odontológico. Desta forma amplia-se o acesso ao atendimento odontológico à medida que o processo de trabalho é executado com maior agilidade.

O número de ESB na ESF implantadas no Brasil saltou de 4.261 em 2002 para 24.039 até 2014, conforme se observa no gráfico 3, representando um aumento de 564%.

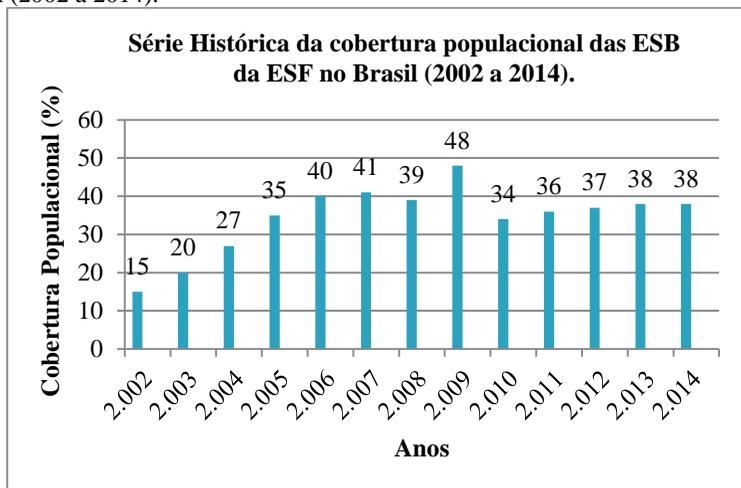
Gráfico 3 – Série Histórica da implantação das equipes de ESB da ESF no Brasil (2002 a 2014).



Fonte: DAB/SAS/MS (2014).

A inserção das ESB após seis anos da implantação das equipes da ESF trouxe como consequência uma diferença significativa na cobertura populacional das equipes. Enquanto a cobertura nacional da ESF é de 59,43% a de odontologia é de apenas 38% como pode ser visualizado no gráfico 4.

Gráfico 4 – Série Histórica da cobertura populacional das ESB da ESF no Brasil (2002 a 2014).



Fonte: DAB/SAS/MS (2014).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), Santa Catarina (SC) possui 979 ESB na ESF, distribuídas em 280 municípios (95%), destacando-se por apresentar a melhor cobertura da Região Sul do

país, estimada em 46% da população. São 936 ESB da modalidade I e 43 da modalidade II. Restam 15 municípios catarinenses sem atendimento odontológico integrado ao modelo da ESF, sendo que 4 destes municípios (26,6%) pertencem à Macrorregião Nordeste (MN) de Santa Catarina.

Esta macrorregião é formada pelas regiões de saúde de Joinville e Jaraguá do Sul, totalizando 13 municípios participantes. Em 9 destes (70%) há ESB na ESF, representado uma cobertura populacional de 37% na MN. Estes municípios e suas respectivas quantidades de ESB implantadas na ESF e porcentagem de cobertura populacional estimada em 2014 estão representados no quadro 1.

Quadro 1: Número de ESB da ESF nas modalidades I e II; porcentagem da cobertura populacional estimada na Macrorregião Nordeste de Santa Catarina em 2014 .

Município	Nº de ESB na ESF nas modalidades I (MI) e II (MII)	Porcentagem de Cobertura Populacional Estimada
TOTAL	48 MI e 2 MII	37%
Araquari	0	0
Balneário Barra do Sul	0	0
Barra Velha	8 MI	100%
Corupá	1 MI	21%
Garuva	4 MI	78%
Guaramirim	4 MI	32%
Itapoá	0 MI	0
Jaraguá do Sul	19 MI	38%
Joinville	4 (2 MI e 2 MII)	2,5%
Massaranduba	0	0
São Francisco do Sul	7 MI	63%
São João do Itaperiú	1 MI	100%
Schroeder	2 MI	49%

Fonte: MS/SAS/DAB (2014)

A porcentagem de cobertura populacional estimada da MN (37%) está compatível com a média nacional brasileira (38%) e abaixo da média estadual catarinense (46%). Apenas 5 municípios da MN possuem média superior a 46%. Destaca-se o município de Jaraguá do Sul com o maior número de equipes (19), porém com cobertura inferior a 40%. Outro fato que chama atenção é a cobertura populacional de apenas 2,5% em Joinville, uma das menores desta macrorregião. Joinville é o único município da MN a ter ESB da modalidade II, que inclui o técnico de saúde bucal na equipe.

2.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

As obras de Emerson Elias Merhy e Túlio Batista Franco complementam o referencial teórico deste estudo. Especialmente os textos reunidos no livro “Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde (FRANCO; MERHY, 2013).” O livro reúne a produção dos sanitaristas brasileiros sobre o tema do trabalho em saúde com foco na micropolítica, dos modos de produção do cuidado e da subjetividade dos profissionais de saúde. Adota-se o conceito de ‘trabalho vivo’ para descrever as relações entre trabalhadores, usuários, tecnologias, conhecimentos e práticas em saúde.

Trabalha-se com a lógica de que todo serviço de saúde é um lugar de produção do cuidado e utilizam-se tecnologias que definem os modos de se produzir os atos de saúde segundo o interesse de usuários, trabalhadores e governos (MERHY, 2000), cada um destes atores com suas “intencionalidades e impulsionados por subjetividades que os fazem operar no campo social, definindo suas relações e produzindo eles mesmos os cenários da produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013)”.

Merhy explica que as tecnologias de saúde podem ser classificadas em 3 grupos:

Duras: como os equipamentos de saúde.

Leves: como os processos relacionais entre um trabalhador de saúde e um usuário.

Leve-duras: como os saberes bem estruturados que orientam as intervenções em saúde (ex: clínica, epidemiologia, economia em saúde). (MERHY, 2000).

As diversas formas de produzir o cuidado e os atos de saúde relacionam-se com as possíveis combinações destes territórios tecnológicos (MERHY, 2000).

Os pesquisadores Franco e Merhy afirmam que:

A produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho

é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho, podem-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas). (MERHY; FRANCO, 2005).

O trabalho em saúde se efetiva no encontro do profissional com o usuário em determinado momento, ou seja, na interseção que se estabelece neste encontro de produtores e consumidores de serviços de saúde. Todo o processo de trabalho e de interseção é marcado pela disputa de forças ‘instituintes’ provenientes destes dois atores. Por um lado está o ato do profissional de saúde, por outro a necessidade do consumidor de restituir sua autonomia no modo de andar a vida (MERHY, 2000).

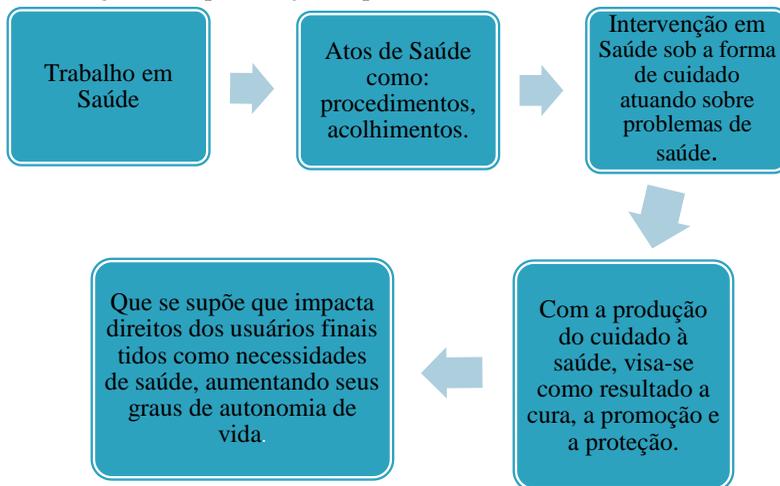
Mehry (2013) explica que se abre neste momento entre profissional e usuário um ‘espaço intercessor’, isto é a relação mútua entre os sujeitos, lugar de construção comum, onde ambos são afetados por esta relação. O autor exemplifica esta ideia no cotidiano do serviço de saúde, como o profissional que pode optar por fazer uma anamnese em pouco tempo, de forma burocrática, sem dar importância para a fala do usuário, seguindo um protocolo pré-determinado pelo serviço. Ou ele poderia optar por realizar a anamnese tendo o protocolo como guia, porém interagindo com o usuário de maneira atenciosa, permitindo um espaço comum de trocas, intercessor. O autor defende a ideia de que a conduta do profissional, micropolítica do trabalho vivo em ato, só depende de sua própria vontade de agir.

O modo de produção do cuidado de cada profissional de saúde depende da sua subjetividade na execução do ato de trabalho. A subjetividade é entendida como uma produção sócio histórica de cada indivíduo. Significa dizer que cada pessoa tem valores construídos conforme sua experiência, sua cultura e seus desejos. O desejo é a energia que impulsiona o agir. A subjetividade é mutável ao longo do tempo e determina a forma com que o trabalhador analisa e intervém sobre o mundo do trabalho em saúde (FRANCO, 2013).

Estes dois autores defendem a ideia de que para provocar processos de subjetivação, a educação permanente na saúde deve implicar os sujeitos com seu próprio processo de trabalho. Colocando-se no desafio de pensar numa nova pedagogia que construa sujeitos éticos, autodeterminados e comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva (FRANCO; MEHRY, 2013).

Merhy (2000) alerta que nem sempre o processo produtivo em saúde (figura 1) se traduz em ganhos dos graus de autonomia do usuário. Isso ocorre quando o profissional está mais preocupado com a produção de procedimentos, conduta “procedimento centrada”, do que com o restabelecimento da saúde do usuário, conduta “usuário centrada”.

Figura 1: Representação do processo de trabalho em saúde.



Fonte: MERHY, 2000.

O modelo assistencial proposto pelos autores deverá:

ofertar todos recursos tecnológicos aos cuidado dos usuários e mesmo que este, necessite para sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado, a hegemonia do Trabalho Vivo, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização é sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranquilo em que uma dada “linha do cuidado” que garanta a integralidade da atenção, isto é, o seu caminhar na rede assistencial” acompanhado pelo profissional ou equipe com a qual formou seu vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico. É como se houvesse um lastro de cuidado, sustentando todos os atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a frequente presença do Trabalho Vivo, a sustentar o princípio da

integralidade da assistência e a operação das linhas de cuidado (FRANCO; MERHY, 2013).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

Joinville situa-se na região geográfica nordeste de Santa Catarina, Região Sul do Brasil. É considerado o maior município do estado em relação ao número de habitantes, aproximadamente 547.000, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Sua economia é baseada nos setores industriais e de serviços. “A cidade concentra grande parte da atividade econômica na indústria com destaque para os setores metalmeccânico, têxtil, plástico, metalúrgico, químico e farmacêutico (JOINVILLE, 2014a).”

O município faz parte da 23ª Gerência Regional de Saúde de Joinville, que compreende os municípios de Joinville, São Francisco do Sul, São João do Itaperiú, Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Itapoá e Garuva.

Em relação aos serviços de saúde bucal, consta que 970 cirurgiões-dentistas atuam no município (CRO-SC, 2014). Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, até setembro de 2014, 73.312 beneficiários estavam cadastrados em planos de saúde exclusivamente odontológicos no município, aproximadamente 15% da população. Na tabela 1 visualiza-se o levantamento do Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina (CRO-SC) dos profissionais e empresas que atuam na cidade.

Tabela 1: Profissionais e empresas registrados no CRO atuando em Joinville.

Profissionais e empresas	Quantidade
Cirurgiões-dentistas	970
Técnicos em Prótese Dentária	95
Técnicos em Saúde Bucal	89
Auxiliares em Saúde Bucal	379
Auxiliares em Prótese Dentária	29
Entidades Prestadoras de Assistência Odontológica	116
Laboratórios de Prótese	5
Empresas de Produtos Odontológicos	6

Fonte: Conselho Regional de Odontologia (2014).

Na Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), as ESB estão alocadas nos três níveis de atenção. O nível primário está organizado em nove Regionais de Saúde. As unidades de saúde sem ESB encaminham as pessoas com necessidade de atendimento odontológico para a equipe mais próxima ou sede da Regional.

As ESB desenvolvem “ações de saúde no âmbito individual e coletivo de prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde bucal em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2008)”, sendo distribuídas nos diferentes níveis de atenção conforme tabela 2.

Tabela 2: Profissionais das ESB por nível de atenção.

Profissional	Nível de Atenção			Total
	Primária	Secundária	Terciária	
Cirurgiões-dentistas	125	35	4	164
Técnicos em Saúde Bucal	14			14
Técnicos em Prótese Dentária		3		3
Auxiliares em Saúde Bucal	69	13		82

Fonte: Joinville, Núcleo de Gestão de Pessoas, 2014b.

Em 2013 foram realizadas 133.864 consultas odontológicas na atenção básica (JOINVILLE, 2014c). A distribuição destas consultas por faixa etária, ciclo de vida e condição de saúde podem ser visualizadas no ANEXO C - Relatório de atendimento odontológico do ano de 2013. Observa-se neste relatório, que o maior número de consultas realizadas concentra-se nas faixas etárias de 2 a 9 anos e de 10 a 19 anos. Reflexo da priorização do atendimento aos escolares e pré-escolares da rede pública de ensino. Estudo realizado por Denise Vizzotto e colaboradores, em escolas do município, demonstrou que, aos 12 anos, a média do índice CPO-D foi de 0,84, o percentual de crianças livres de cáries foi de 58,8% e a prevalência de cárie foi de 23% (VIZZOTTO et al, 2011). Estes índices são considerados muito baixos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008).

Com o objetivo de ampliar o acesso da população para além do foco nos escolares, as ESB foram inseridas na estratégia de saúde da família a partir de 2008. As primeiras equipes foram alocadas na Unidade

de Saúde Bucal do Morro do Meio, atendendo às equipes das USF Morro do Meio (modalidade II) e Lagoinha (modalidade I). Posteriormente foram implantadas equipes nas USF Jardim Sofia (modalidade I) e USF Boehmerwaldt II (modalidade II). As duas equipes de modalidade II têm proporção de duas ESF para uma ESB (2:1). A carga horária é de 40 horas semanais. No ANEXO D visualiza-se a localização das ESB da ESF no município (JOINVILLE, 2014d).

O quadro 2 mostra o comparativo da série histórica dos indicadores do Contrato Organizativo de Ações Públicas (COAP) em Joinville (JLLE), Macrorregião Nordeste (MN) e Estado de Santa Catarina (SC) de 2011 a 2013. A Macrorregião de Saúde do Nordeste é composta pelas Regiões de Saúde de Joinville e de Jaraguá do Sul, abrangendo 13 municípios.

Joinville tem o menor percentual de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal nos três anos consecutivos.

Em relação à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, a meta pactuada é de 3%. Joinville ficou aquém desta meta em 2011 e 2012, porém superou a porcentagem alcançada pela MN em 2012. No ano 2013 superou os índices da MN e do estado, praticamente alcançando a meta. Os indicadores da proporção de exodontia em relação aos procedimentos individuais das três regiões estão dentro dos parâmetros aceitáveis (até 7%) pelo MS. A forma de cálculo dos indicadores está no ANEXO E.

Quadro 2: Série histórica dos indicadores do COAP em Joinville, Macrorregião Nordeste e Estado de Santa Catarina (2011 a 2013).

Indicador COAP	ANO								
	2011			2012			2013		
	JLLE	MN	SC	JLLE	MN	SC	JLLE	MN	SC
% Cobertura equipes de atenção básica de saúde bucal.	27,9	35,8	62	28,7	38,4	63,2	29,6	38,7	62,9
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	1,3	3,3	4,4	2,5	2	3,3	2,9	2,4	2,6
Proporção de exodontias / procedim. individuais.	3,9	4,9	5,8	5,8	4,8	7,2	7,2	7	4,4

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de caso com abordagem qualitativa e triangulação dos métodos qualitativos e quantitativos na coleta e análise de dados (MINAYO, 2010). A unidade de análise é o processo de trabalho das ESB na ESF.

“As abordagens qualitativas são melhores para as investigações de grupos delimitados e focalizados e de histórias sociais sob a ótica dos atores. (MINAYO, 2010, p.57)”.

“Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para descrever e analisar o contexto, as relações e percepções sobre uma situação, por meio de entrevistas, banco de dados e documentos (MINAYO, 2010, p.164).”

“A triangulação supera as limitações de um método único por combinar diversos métodos e dar-lhes igual relevância (FLICK, 2009, p.32).”

3.3 COLETA DOS DADOS

Os dados quantitativos foram coletados do Sistema de Informações Ambulatoriais, nos bancos de dados e documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e Ministério da Saúde.

Para coleta dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica de grupo focal. Os autores Cruz Neto, Moreira e Sucena definem grupo focal como:

uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Esta técnica exige a presença de relator e um animador, cujo papel é “focalizar o tema, promover a participação de todos, inibir os monopolizadores da palavra e aprofundar a discussão (MINAYO, 2010, p. 271)”.

Para realização dos grupos focais foram realizadas três reuniões com duração de 1h30m, em horário de trabalho, no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, em agosto de 2014.

Os encontros foram conduzidos pela pesquisadora com o apoio de uma cirurgiã-dentista do setor de Planejamento e Avaliação e de duas enfermeiras e um cirurgião-dentista do Núcleo de Apoio Técnico da Secretaria da Saúde de Joinville no papel de relatores e observadores dos grupos. Estes profissionais reuniram-se previamente à realização dos grupos focais para organizar o trabalho e não interferiram nas discussões.

O “Roteiro de Debate”, parâmetro utilizado pelo Mediador para conduzir o Grupo Focal, foi organizado com os seguintes temas:

- ✓ Acesso e acolhimento nas unidades básicas de saúde;
- ✓ Planejamento e organização do atendimento odontológico;
- ✓ Integração da equipe multiprofissional;
- ✓ Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde Bucal;
- ✓ Ações de promoção à saúde;
- ✓ Controle social;
- ✓ Organização das práticas e assistência;
- ✓ Educação permanente.

O roteiro de debate utilizado (APÊNDICE A) foi adaptado do questionário construído por Miriam Francisco de Souza no trabalho intitulado “A gestão do cuidado odontológico no Programa de Saúde da Família no Centro de Saúde Goiânia - Belo Horizonte” (SOUZA, 2010).

Nas duas primeiras reuniões foram discutidas as questões propostas no roteiro de debate.

Na terceira reunião apresentaram-se os dados compilados para conhecimento do grupo e foram realizados alguns ajustes e sanadas algumas dúvidas.

As reuniões foram gravadas em mídia digital e as falas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora em Microsoft® Word.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos referentes ao ano de 2013 foram analisados e transformados em indicadores utilizando-se as planilhas do programa Microsoft® Excel.

Os dados qualitativos foram analisados segundo a metodologia da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977; MINAYO, 2010). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que orienta a realização das seguintes etapas: Pré-análise, Exploração do material, Tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação.

Na fase de Pré-análise, realizou-se a “leitura flutuante”, ou seja, o material foi lido repetidas vezes para “conhecer o texto, observando

impressões e orientações (BARDIN, 1977, p.96)”. Foram determinadas as “unidades de registro (frases), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2010, p.317).”

Nesta etapa o texto transcrito foi colocado em um quadro do programa Microsoft® Word. A seguir, o texto foi dividido conforme as falas dos participantes, que são identificadas por uma sigla com a letra P e numeradas de 1 a 11. As frases mais significativas foram destacadas na coluna do meio e na terceira coluna atribuiu-se um código para representá-la, como pode ser visualizado no exemplo do quadro 3.

Quadro 3: Pré-análise dos dados qualitativos.

<p>Na unidade de saúde do M.M. a gente tem uma ESB vinculada que não fica no mesmo prédio da gente. Eles ficam em outro prédio. Na nossa unidade se pratica o acolhimento para consultas médicas, de enfermagem e demais procedimentos do posto.</p> <p>Quando há alguma demanda necessária de saúde bucal, a gente direciona o usuário para ESB que fica em outro prédio. Não é no mesmo prédio que a gente. Normalmente a gente telefona para avisar que está mandando, ou faz encaminhamento por escrito, ou faz a via oral mesmo. “O senhor vá ao posto e relata para a equipe o que está acontecendo.”</p> <p>P1</p>	<p>Quando há alguma demanda necessária de saúde bucal, a gente direciona o usuário para ESB que fica em outro prédio. Não é no mesmo prédio que a gente.</p>	<p>Isolamento da ESB da equipe da ESF.</p>
---	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

A exploração do material, “etapa que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto” (MINAYO, 2010), consistiu no agrupamento dos dados por similaridade para definição das categorias e subcategorias de ideias (BARDIN, 1977).

A terceira coluna foi copiada e colada em outro documento de texto do programa Microsoft® Word e agregando-se os dados encontrados conforme o sentido e significado surgiram três categorias: “Acesso ao tratamento odontológico”, “Longitudinalidade do cuidado à saúde bucal na ESF”; “Integração da ESB com a equipe interdisciplinar em saúde da ESF”.

As duas últimas categorias foram divididas em subcategorias com temas pertinentes para melhor explicá-las.

Para a categoria “Longitudinalidade do cuidado à saúde bucal na ESF” foram atribuídas as subcategorias “Faltas ao tratamento odontológico”, “Tratamentos concluídos” e “Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde Bucal”.

Para a categoria “Integração da ESB com a equipe interdisciplinar em saúde da ESF” foi atribuída a subcategoria “Ações de promoção à saúde”.

Os resultados encontrados foram analisados à luz do referencial teórico da Estratégia Saúde da Família e dos trabalhos dos autores Túlio Batista Franco e Emerson Elias Mehry.

3.5 SUJEITOS DA PESQUISA.

Em Joinville quatro equipes da estratégia de saúde da família contam com equipe de saúde bucal trabalhando segundo a filosofia e o modelo ESF. Foram convidados a participar da pesquisa 4 cirurgiões-dentistas, 6 enfermeiras, 2 TSB e 4 ASB. Foi considerada perda amostral a ausência de 1 cirurgião-dentista e 4 enfermeiras, que por razões particulares não participaram dos encontros. As 11 profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) e responderam ao questionário para análise do perfil profissional (APÊNDICE C). A descrição do perfil profissional encontra-se nos resultados deste estudo.

Buscou-se a opinião dos profissionais da enfermagem para que a pesquisa não ficasse limitada à visão dos profissionais das equipes de saúde bucal e por serem pessoas chave nas unidades visto que estão sempre em contato com os demais profissionais de saúde da unidade, agentes comunitários de saúde e estão envolvidos nas atividades de promoção à saúde.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa seguiu as orientações e obedeceu aos cuidados éticos determinados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido à análise pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina a que se vincula o Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC e inserido no sistema Plataforma Brasil.

Esta pesquisa teve seu projeto analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP-UFSC) em 14/07/2014, sob o Parecer Consubstanciado do CEP nº 724.406 e protocolado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) sob o CAAE 33055114.2.0000.0121 (ANEXO F)

A realização do estudo foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (ANEXO G).

Para garantir o anonimato das participantes, elas foram identificadas com as siglas P1 a P11. A identificação ocorreu de maneira aleatória, por sorteio e, independente dos dados apresentados.

4 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados na forma de um artigo científico, intitulado “Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: avanços e desafios na produção do cuidado odontológico.”

SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AVANÇOS E DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO ODONTOLÓGICO.

RESUMO

A inclusão das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2000) oportunizou para a odontologia brasileira um novo espaço de práticas e relações entre profissionais e comunidade, que contribuíram para a reorganização do processo de trabalho da saúde bucal no serviço público de saúde (BRASIL, 2004). Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar o modo de produção do cuidado odontológico das equipes da ESF (eqESF). Seus objetivos específicos são descrever o modo de produção do cuidado odontológico destas equipes e identificar avanços e desafios na produção do cuidado odontológico na ESF. Trata-se de estudo de caso, com abordagem qualitativa e triangulação de dados qualitativos e quantitativos na coleta e análise dos dados (MINAYO, 2010). A unidade de análise é o processo de trabalho das ESB na ESF. Os dados quantitativos foram coletados do Sistema de Informações Ambulatoriais, nos bancos de dados e documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e Ministério da Saúde. Os dados qualitativos foram coletados pela técnica de grupos focais realizados com enfermeiras e profissionais das equipes de saúde bucal deste modelo. Da análise de conteúdo (BARDIN, 1977; MINAYO, 2010) surgiram as categorias: “Acesso ao tratamento odontológico”; “Longitudinalidade do cuidado à saúde bucal”(subcategorias: “Faltas ao tratamento odontológico”, “Tratamentos concluídos” e “Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde Bucal”); “Integração da ESB com a equipe interdisciplinar em saúde da ESF” (subcategorias: “Ações de promoção à saúde” e “Integração da equipe de saúde bucal com a equipe interdisciplinar em saúde da ESF”). A discussão foi efetuada com base no referencial teórico da Estratégia de Saúde da Família e dos trabalhos de Emerson Elias Mehry e Túlio Batista Franco. Para produzir o cuidado em saúde bucal, além do conhecimento técnico profissional, é necessário considerar a micropolítica dos processos de trabalho, a subjetividade e a

autonomia dos sujeitos. A inserção das ESB na ESF trouxe como diferencial a evolução do cuidado em saúde bucal, anteriormente focado na saúde materno infantil, e ampliação do acesso para as famílias. As áreas de abrangência das eqESF precisam estar adequadas aos padrões propostos pelo Ministério da Saúde para que o acesso seja ampliado. Conclui-se que o acesso aos serviços de saúde bucal na ESF é o dobro da Rede Tradicional. Este estudo trouxe subsídios para reorganizar o serviço a partir da análise dos resultados e da troca de experiências entre as equipes.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia Comunitária, Fluxo de trabalho, Serviços de Saúde Bucal, Saúde Pública, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The inclusion of oral health teams (Equipes de Saúde Bucal, known as ESB) in the Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família, known as ESF) (BRAZIL, 2000) provided an opportunity for the Brazilian dentistry, a new space for practices and relationships between professionals and community that contributed to the reorganization of the work process oral health in the public health service (BRAZIL, 2004). This study was conducted with the aim of analyzing the mode of production of the dental care of ESF. Its specific objectives are to describe the dental care mode of production of these teams and identify progress and challenges in the production of dental care in ESF. It is a case study with a qualitative approach and triangulation of qualitative and quantitative data in the collection and analysis of data (MINAYO, 2010). The unit of analysis is the working process of the ESB in the FHS. Quantitative data were collected from the Outpatient Information System in databases and documents of the Joinville City Department of Health, Ministry of Health of Santa Catarina and the Brazilian Ministry of Health. Qualitative data were collected by the technique of focus groups conducted with nurses and professionals of oral health teams this model. Content analysis (BARDIN, 1977; MINAYO, 2010) the following categories emerged: "Access to dental treatment"; "Longitudinality of oral health care" (subcategories: "Time off dental treatment", "Treatment completed" and "Care Coordination in Care Network Oral Health"); "Integration of the ESB with the interdisciplinary health team ESF" (subcategories: "health promotion actions" and "Integration of oral health team with interdisciplinary health team ESF"). The discussion was made based on the Health Strategy for the theoretical framework of Family and Emerson Elias Mehry jobs and Túlio Batista Franco. To produce the care

of oral health in addition to professional expertise, it is necessary to consider the micro work processes, subjectivity and autonomy of individuals. The insertion of the ESB in the ESF brought as a differential evolution of oral health care, previously focused on maternal and child health, and increased access for families. The coverage areas of ESF must be appropriate to the standards proposed by the Ministry of Health for access to be expanded. It concludes that access to oral health services in the ESF is twice the Traditional Network. This study brought subsidies to reorganize the service from the analysis of results and exchange of experiences between the teams.

KEYWORDS: Community Dentistry, Workflow, Dental Health Services, Public Health, Family Health Strategy.

4.1 Introdução

A inclusão das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) significou a criação de um espaço de práticas e relações constituídas para a reorganização do processo de trabalho da saúde bucal no âmbito do serviço de saúde (BRASIL, 2004).

A inserção da odontologia na ESF ocorreu a partir da publicação da Portaria GM/MS 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), que estabelecia incentivo financeiro para reorganização da atenção, em função da necessidade de ampliação do acesso da população às ações de saúde bucal e de melhoria dos índices epidemiológicos. Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) reorganizando o trabalho das ESB nos três níveis de atenção, destacando-se “o cuidado como eixo de reorientação do modelo, a humanização do processo de trabalho, a corresponsabilização dos serviços e o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado e condições especiais de vida (BRASIL, 2004).” A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde bucal, pois a PNSB ampliou o olhar e o modo de produzir o cuidado odontológico. Na atenção básica, as ESB organizaram-se em três modalidades distintas. As ESB da modalidade I são constituídas por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar em saúde bucal (ASB). As ESB modalidade II são formadas por CD, ASB e Técnico em Saúde Bucal (TSB). As ESB da modalidade III são formadas por CD e ASB e atuam em unidades móveis. A inclusão das profissões auxiliares representa um grande avanço no modo de produzir o cuidado odontológico, pois além de atuarem nas ações de promoção à saúde bucal, colaboram no atendimento clínico, participam do planejamento e organização técnica do consultório odontológico. Desta forma amplia-se o acesso ao atendimento odontológico à medida que o trabalho é executado com maior agilidade. Porém, outras questões estão envolvidas na ampliação e qualificação do acesso à saúde bucal, motivo deste estudo. Mudar o paradigma da odontologia coletiva tradicional para o modelo ESF depende de indicação técnica, mas essencialmente de vontade política. Sendo esta uma prerrogativa dos gestores, cabe aos técnicos do serviço público e estudiosos da saúde coletiva a missão de sensibilizá-los a transformar a realidade, sempre no sentido de fazer mais e melhor em benefício da população. Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar o modo de produção do cuidado em saúde bucal das equipes da ESF. Seus objetivos específicos são descrever o modo de produção do

cuidado odontológico na ESF e identificar avanços e desafios no modo de produção do cuidado odontológico na ESF.

4.2 Percurso Metodológico

O estudo foi desenvolvido no município de Joinville, situado na região nordeste de Santa Catarina, maior município deste estado. Em 2008 foram inseridas as primeiras equipes de saúde bucal (ESB) na ESF e atualmente apenas 4 UBSF contam com ESB trabalhando segundo a filosofia e o modelo ESF em 3 Regionais de Saúde.

Realizou-se um estudo de caso, com abordagem qualitativa e triangulação de dados quantitativos e qualitativos para fins de coleta e análise dos dados (MINAYO, 2010). Somente foram incluídas as ESB que atuam no modelo ESF e suas respectivas enfermeiras. Buscou-se a opinião das enfermeiras para que a pesquisa não ficasse limitada à visão da ESB e pelo trabalho que elas desenvolvem com os demais profissionais de saúde da unidade, especialmente com os ACS. As 11 participantes eram mulheres, com idade entre 30 e 47 anos, sendo: 3 CD, 2 TSB, 4 ASB e 2 enfermeiras. A maioria concluiu os estudos em instituição de ensino pública (72,7%). Todas as profissionais de nível superior são formadas há mais de 10 anos, possuem especialização em ESF, são concursadas (exceto uma enfermeira que estava substituindo outra profissional em licença maternidade) e trabalham exclusivamente no setor público. Foi considerada perda amostral a ausência de 1 cirurgião-dentista e 4 enfermeiras, que por razões particulares não participaram dos encontros.

Os dados quantitativos referentes ao ano de 2013 foram coletados nos relatórios da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (JOINVILLE, 2014a). A partir dos dados coletados, utilizando-se as planilhas do programa Microsoft® Excel, surgiram os indicadores de primeira consulta, razão de tratamentos concluídos e percentual de faltas por faixa etária.

Os dados qualitativos foram coletados em agosto de 2014 utilizando-se a técnica de grupo focal. Foram realizadas três reuniões com duração de 1h30m, em horário de trabalho, no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Os encontros foram conduzidos pela pesquisadora, com o apoio de duas enfermeiras e um cirurgião-dentista do Núcleo de Apoio Técnico e uma cirurgiã-dentista do setor de Planejamento e Avaliação da Secretaria da Saúde de Joinville, no papel de relatores e observadores dos grupos. Estes profissionais não interferiram nas discussões.

O “Roteiro de Debate”, parâmetro utilizado pelo Mediador para conduzir o Grupo Focal (MINAYO, 2010), foi adaptado de Souza (2010) com os temas: acesso, acolhimento, planejamento e organização do atendimento odontológico; integração da equipe multiprofissional da UBSF, coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde Bucal e ações de promoção à saúde. Os encontros foram gravados em mídia digital e transcritos na íntegra pela pesquisadora em Microsoft Word®.

Os dados qualitativos foram analisados segundo a metodologia da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977; MINAYO, 2010). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que orienta a realização das seguintes etapas: Pré-análise, Exploração do material, Tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação.

Na fase de Pré-análise, realizou-se a “leitura flutuante”, ou seja, o material foi lido repetidas vezes para “conhecer o texto, observando impressões e orientações (BARDIN, 1977)”. Foram determinadas as “unidades de registro (frases), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise” (MINAYO, 2010).

A exploração do material, “etapa que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto” (MINAYO, 2010), consistiu no agrupamento dos dados por similaridade para definição das categorias e subcategorias de ideias.

Esta pesquisa teve seu projeto analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP-UFSC) em 14/07/2014, sob o Parecer Consubstanciado do CEP nº 724.406 e protocolado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Sisnep) sob o CAAE 33055114.2.0000.0121. A realização do estudo foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Para garantir o anonimato dos participantes, foram identificados pelas siglas P1 a P11. A identificação ocorreu de maneira aleatória, por sorteio e, independente dos dados apresentados.

4.3 Resultados e Discussão

4.3.1 Categoria 1 - Acesso ao tratamento odontológico

O acesso ao tratamento odontológico (TO) nas UBSF de Joinville ocorre por iniciativa do próprio usuário, por encaminhamento de outros profissionais da eqESF ou por busca ativa das ESB. Os profissionais também identificam situações que merecem atenção nas

visitas domiciliares, atividades coletivas nas escolas e outros espaços de convivência. Os ACS participam deste processo informando à ESB quais são as famílias de risco, áreas de maior vulnerabilidade e a chegada de novas famílias ao território.

O usuário é recepcionado por um agente administrativo (ag. adm.), que ouve sua queixa e o encaminha para conversar com a ESB. O Ministério da Saúde orienta que, assim como a ESB deve participar do processo de primeira escuta das demandas da UBS, os demais profissionais da AB devem prestar atenção às demandas de saúde bucal dos usuários e precisam conhecer o fluxo de encaminhamento dos usuários para as ESB (BRASIL, 2012).

Em duas UBSF pesquisadas, as agendas não ficam na recepção da unidade, os usuários são orientados a bater na porta do consultório odontológico para buscar informações e realizar agendamento. A ESB relata que esta prática prejudica o atendimento odontológico:

Temos que parar de atender diversas vezes para atender quem bate na porta ou telefona. P8

Em duas UBSF os consultórios odontológicos estão instalados no segundo andar, sem rampa de acesso, dificultando o acesso dos usuários com limitações de mobilidade (idosos, cadeirantes, gestantes). O isolamento das ESB é comum nos municípios brasileiros em função das estruturas físicas inadequadas das unidades (CONTARATO; CONTARATO, 2013).

As dificuldades para realizar o acolhimento e monitoramento dos usuários encaminhados para as ESB, instaladas em unidades distintas da eqESF, revelam-se no seguinte relato:

Na nossa unidade se pratica o acolhimento para consultas médicas, de enfermagem e demais procedimentos do posto. Quando há alguma demanda necessária de saúde bucal, a gente direciona o usuário para ESB que fica em outro prédio. Eu não sei dizer se eles realmente foram até lá e como é que finalizou o atendimento. P1

Normalmente quem realiza a primeira escuta é a ASB. Em caso de dúvidas conta com o apoio da TSB ou CD para decidir se o usuário será agendado ou atendido no mesmo período. Embora tenha sido orientado pelo Núcleo de Apoio Técnico que o acolhimento com classificação de risco seja realizado pelo CD, cada ESB adaptou o primeiro contato conforme sua conveniência. Em apenas uma das quatro UBSF a CD segue os preceitos da PNH (BRASIL, 2004) ao realizar a classificação de risco para definir as prioridades de atendimento segundo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Souza e Bastos (2008) destacam que esta prática produz melhora na percepção do

usuário em relação à atenção e à assistência recebida, pois a pessoa é o foco do atendimento.

Nas demais unidades os usuários são atendidos por ordem de chegada, embora também sejam priorizados os casos de dor quando relatado à ASB. Estas equipes relatam que:

Inicialmente (quando foi implantada a ESF) os CDs realizavam o acolhimento com classificação de risco antes do atendimento, mas ocupava muito tempo e atualmente só a ASB recebe o usuário e encaminha para atendimento. P5

Esta diferença no modo de agir de cada ESB reflete a autonomia dos profissionais diante das normas prescritas. O estudo de Reis, Scherer e Carcereri (2015) confirmam a existência de ‘renormalizações’ nos processos de trabalho em saúde, conforme a necessidade dos profissionais para alcançar determinado objetivo. Franco e Mehry (2013) afirmam que

Os profissionais de saúde agem de modo singular na produção do cuidado mesmo sob as mesmas diretrizes normativas da ESF, pois a autonomia dos trabalhadores faz parte da micropolítica dos processos de trabalho que se dá no trabalho vivo em ato na relação profissional de saúde e usuário.

A agenda da ESB é organizada por turnos de trabalho destinados ao atendimento da demanda espontânea, demanda programada, realização de atividades de promoção à saúde (VD, escovação supervisionada, atividades educativas e grupos) e reuniões das equipes. Nos períodos de demanda espontânea, quando a procura excede a capacidade de atendimento, os usuários são agendados ou orientados a comparecer novamente em outro período de demanda espontânea. Muitos usuários preferem voltar no outro período de demanda espontânea do que aguardar o atendimento programado, pois demora muito, conforme foi relatado:

Eles fazem todo o tratamento nos dias de acolhimento. Não querem agendar porque está longe!P3

O planejamento da demanda programada, considerando os públicos prioritários (gestantes, idosos, portadores de necessidades especiais e escolares), respeita o princípio da equidade. Entretanto, ampliar o acesso para o núcleo familiar é um dos principais diferenciais da ESF efetivando-se os princípios da universalidade e longitudinalidade do cuidado em saúde.

Para analisar o acesso ao tratamento odontológico na ESF, utilizaram-se como referência os dados coletados nos relatórios do Núcleo de apoio Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (JOINVILLE, 2014a) das unidades que atuam no município no modelo

tradicional (unidades de rede). Calculou-se o percentual de primeiras consultas odontológicas programáticas (PC) dos dois modelos de atenção, realizadas em 2013, em relação ao número de habitantes dos respectivos territórios no mesmo período. Os resultados apontam que o acesso ao TO é maior nas UBSF (15%) em relação às de rede (7%), provavelmente em função da proporção menor de usuários por ESB. A territorialização das UBSF representa um grande avanço deste modelo, pois amplia o acesso e oportuniza o estabelecimento de vínculos com os usuários. Lamentavelmente, em duas UBSF o número de usuários do território ultrapassa a marca de 7.500 pessoas, ou seja, é superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Deste modo a equipe afirma que:

A gente não consegue atender todo mundo. Fica complicado porque são quase 8.000 pessoas para um dentista. Mesmo com TSB acabamos não dando conta. P8

Assim, para conseguir concluir o tratamento, os usuários precisam retornar várias vezes nos períodos destinados ao atendimento da demanda espontânea, pois a consulta de retorno por demanda programada pode demorar até 30 dias dependendo da UBSF. A delimitação adequada da área de abrangência das equipes colabora para a realização de um trabalho de qualidade, proporcionando ao usuário o acolhimento que ele merece. A gestão deve trabalhar para criar mecanismos que possibilitem à reorganização do processo de trabalho com o objetivo de ampliar o acesso e garantir a longitudinalidade do cuidado (CASOTTI et al, 2014).

Verifica-se que compensa investir na ampliação das ESB no modelo da ESF para ampliar o acesso da população ao cuidado em saúde bucal, visto que em Joinville apenas 24% da população tem cobertura de ESB, conforme dados do relatório de gestão do município (JOINVILLE, 2014b).

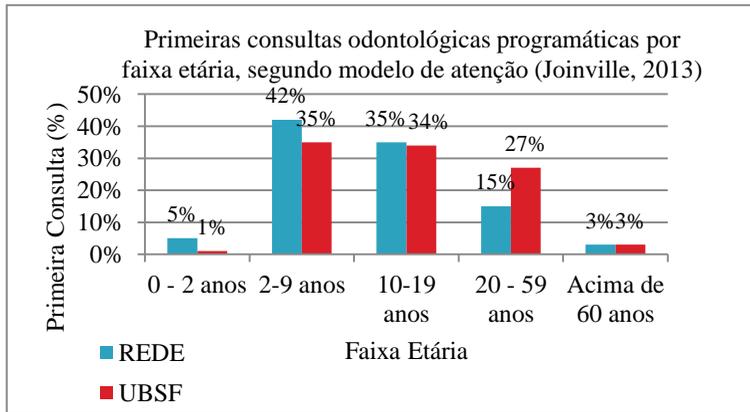
4.3.2 Categoria 2 - Longitudinalidade do cuidado à saúde bucal na ESF

Além de prover o acesso dos usuários ao tratamento odontológico, é dever do Estado garantir a longitudinalidade do cuidado à saúde bucal em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2004).

Os dados apresentados demonstram que, nas faixas etárias 0-2, 10-19 e acima de 60 anos, os percentuais de primeiras consultas são semelhante nos dois modelos de atenção. Entretanto, na faixa de 2 - 9 anos, o percentual é 7% superior nas unidades de rede, revelando o enfoque do atendimento infantil deste modelo. Na faixa de 20 a 59 anos

este percentual é 9% maior na ESF, confirmando assim a ampliação do acesso para este público alvo nesta estratégia. Estes percentuais refletem a restrição de acesso dos adultos pelas unidades tradicionais e a vocação para a continuidade do cuidado da ESF. O gráfico 1 mostra a distribuição percentual de primeiras consultas odontológicas programáticas nas faixas etárias nos dois modelos no ano de 2013.

Gráfico 1: Distribuição percentual de primeiras consultas odontológicas programáticas por faixa etária, segundo modelos de atenção, em Joinville, SC, 2013.

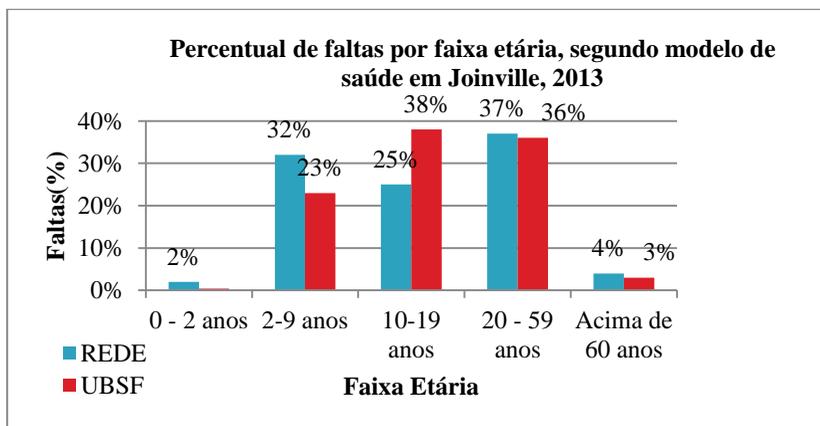


Fonte: Elaborado pela autora. JOINVILLE, 2014a.

4.3.2.1 Subcategoria 2.1 - Faltas ao tratamento odontológico

As faltas ao tratamento odontológico prejudicam a continuidade do cuidado. Utilizando-se os relatórios de produção da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (JOINVILLE, 2014a) calcularam-se os percentuais de faltas nos dois modelos de atenção. Verifica-se que nas unidades de rede o percentual de faltas é maior até os 9 anos, diminuindo entre 10 e 19, não apresentando uma diferença significativa na população de adultos e idosos. Na ESF chama atenção o elevado percentual de faltas entre 10 e 19 anos. O gráfico 2 mostra o percentual de faltas por faixa etária, segundo modelo de atenção em Joinville, SC, 2013.

Gráfico 2: Percentual de faltas por faixa etária, segundo modelo de saúde. Joinville, 2013.



Fonte: Elaborado pela autora. JOINVILLE, 2014a.

As profissionais relatam que os adolescentes, especialmente aqueles com maior necessidade de tratamento, não costumam entregar aos pais os bilhetes de agendamento fornecidos nas escolas. As ESB então solicitam o apoio das eqESF, especialmente dos ACS, para reverter esta situação. Os ACS podem comunicar às famílias sobre as faltas dos adolescentes ao tratamento odontológico e orientar sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal. Porém há problemas com áreas a descoberto pela falta destes profissionais nas 4 equipes, conforme este relato:

A gente chama a criança na escola e se vê que não vem primeiro conversa com o ACS. No JS está bem difícil trabalhar esta questão, pois estamos com apenas 2 ACS para 7 micro-áreas. Então está dificultando muito o trabalho, porque ficamos sem ter como fazer esta ponte com a família. P5

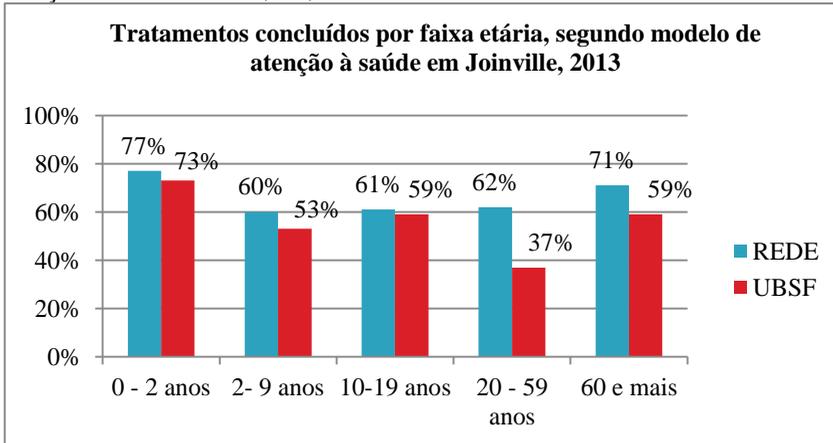
Além destas áreas descobertas, há dificuldade de contato com os alunos que estudam em escolas da área de abrangência e moram fora da área de abrangência da equipe.

4.3.2.2 Subcategoria 2.2 - Tratamentos concluídos

Considera-se fundamental que o tratamento odontológico seja concluído para que se produza um impacto positivo na qualidade de saúde dos indivíduos. O gráfico 3 mostra o número de tratamentos concluídos por faixa etária nos dois modelos de atenção. Embora a diferença apresentada entre os dois modelos de atenção seja pequena até os 19 anos, merece destaque o percentual de TC apresentar-se em média 10% maior

nas unidades de rede, especialmente para a faixa etária de 20 a 59 anos com diferença de 25%. Este fato pode ter sido influenciado pelo horário de funcionamento das unidades de rede (07h00min às 19h00min horas) que é mais favorável ao usuário do que o horário das UBSF (08h00min às 12h00min e 13h30min às 17h30min). Neste sentido corrobora o estudo realizado por Chapelin, Barcellos e Miotto (2008) que sugere que o serviço público deve disponibilizar ‘horários alternativos’ para realização do tratamento odontológico.

Gráfico 3: Tratamentos concluídos por faixa etária, segundo modelo de atenção à saúde. Joinville, SC, 2013.



Fonte: Elaborado pela autora. JOINVILLE, 2014a.

4.3.2.3 Subcategoria 2.3 - Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)

Uma das etapas para garantir a integralidade do cuidado é ofertar tratamento especializado nas unidades de atenção secundária (CEO) e terciária (hospitais) de acordo com a situação. Coordenar o cuidado do usuário na RASB é atribuição dos profissionais da atenção básica. Em Joinville, os cidadãos são encaminhados ao CEO somente após a realização dos procedimentos básicos para adequação do meio bucal. Em 2013, dos 65.768 usuários atendidos, 2.071 foram encaminhados para os serviços de referência (3%).

Os profissionais da AB relatam que recebem contra referência da maior parte dos especialistas.

Estomatologia está retornando com o diagnóstico da biópsia.P9

Retorno de endodontia vem, pois precisam terminar o tratamento na unidade, mas demora muito tempo. P2

A dificuldade maior reside nas filas de espera e demora de atendimento para algumas especialidades, em especial a endodontia com 1928 usuários aguardando a primeira consulta (JOINVILLE, 2015).

Apenas uma ESB registra o nome dos usuários encaminhados para as especialidades e os profissionais relatam dificuldades de monitorar o paciente na RASB por conta do sistema de informação.

As consultas de retorno não tem como a gente monitorar. Antes com a intranet a gente tinha, agora via SISREG não tem como. Recebo do NAT a lista dos pacientes que faltaram nas consultas do mês e anoto no prontuário dos pacientes. P5

Também relataram que há pouca contra referência dos serviços de pronto atendimento. O retorno do usuário à unidade para continuidade ou conclusão do atendimento ocorre por iniciativa do mesmo.

As CD foram unânimes em afirmar que

Não olhamos os prontuários, o paciente que vem. Não tem tempo para isso P4, P5, P8

Esta fragilidade na coordenação do usuário na RASB precisa ser revista, pois sistemas fragmentados de saúde são “incapazes de prestar atenção contínua a população. A atenção é fundamentalmente provida de forma reativa e episódica e centrada na doença (OPAS, 2011).” A Organização Mundial de Saúde critica esta prática ao afirmar que

“na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população (OMS, 2008).”

4.3.3 Categoria 3 - Integração da Equipe de Saúde Bucal com a equipe interdisciplinar em saúde da ESF

A integração adequada entre a ESB com a equipe interdisciplinar em saúde da ESF é fundamental para o desenvolvimento de ações em benefício da saúde da população. Os resultados apresentados revelam pontos positivos e dificuldades a serem superadas pelas equipes.

Dentre os pontos positivos destacam-se a realização de reuniões periódicas de estudo para troca de experiências entre as quatro ESB da ESF; a formação de grupos interdisciplinares de promoção à saúde; a referência e contra referência de usuários nas UBSF.

As ESB relataram que médicos e enfermeiros colaboram com seu trabalho, encaminhando todos que necessitam de atendimento odontológico, especialmente as gestantes. As enfermeiras afirmam que já faz parte da rotina do pré-natal orientar às futuras mães a realizar o tratamento odontológico durante a gestação. Solicitam que levem a caderneta da gestante e peçam ao CD para anotar a data de início e término do tratamento. A seguir o relato de duas enfermeiras:

A gente encaminha todas as gestantes. Na primeira consulta já é padrão pedir ultrassom, exames e encaminhar para odontologia. Orienta para passar na recepção para ser orientado quanto ao agendamento. P1

A gente sempre orienta que tem um campo no cartão pra anotar o tratamento odontológico, e a importância do dentista registrar ali. Eu friso bem isso, que tem que ir lá agendar. P11

Esta colaboração é muito bem-vinda e importante, pois as gestantes faltam muito e têm resistência quanto a realizar o tratamento odontológico. Codato e colaboradores (2011) afirmam que muitas vezes os próprios profissionais de saúde contribuem para “alimentar mitos e medos sobre atenção odontológica e saúde bucal relacionados ao período gestacional, quando na verdade deveriam ser os principais agentes para desmistificá-los.” Quando médicos e enfermeiros encaminham gestantes para as ESB, estão colaborando com a ideia de que é seguro e importante realizar o tratamento odontológico neste período. Desta forma potencializam os esforços das ESB no atendimento deste público alvo.

Além das gestantes, outros usuários são orientados a procurar atendimento odontológico, conforme os relatos a seguir:

Quando há alguma demanda necessária de saúde bucal, a gente direciona o usuário para ESB que fica em outro prédio. Não é no mesmo prédio que a gente. Normalmente a gente telefona para avisar que está mandando, ou faz encaminhamento por escrito, ou faz a via oral mesmo. P1

Toda a sexta-feira a gente tira pras atividades, ou VD ou o que eles encaminham por escrito solicitando avaliação para pacientes. P8

Batista (2012) afirma que a integração profissional deve ser entendida como “... troca de experiências e saberes e posição de respeito à diversidade, possibilitando a cooperação para o exercício de práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo.”

Elizabeth Niglio Figueiredo (SÃO PAULO, 2012) considera que “muitos profissionais presenciavam ainda hoje a hegemonia dos saberes e a separação dos fazeres.” Esta autora avalia que muitos profissionais de saúde apresentam dificuldade de compartilhar o trabalho em razão de sua

formação profissional “pautada no trabalho isolado, no qual apenas os pares faziam parte da cadeia de discussão e de tomadas de decisões”.

Os profissionais relataram que apesar da colaboração da eqESF no encaminhamento dos usuários, ainda persistem algumas dificuldades de integração, conforme pode ser observado no diálogo a seguir:

Como a gente está em prédios separados, muita coisa de grupo nós não participamos, infelizmente não participamos dos grupos que ocorrem na ESF. P3

Não é desculpa, porque eu também estou em unidade separada e participo. P4

Mas é muito ruim e isto afastou um pouco as equipes de saúde bucal com o grupo completo. Talvez se estivéssemos no mesmo prédio, talvez a gente tivesse um pouquinho mais de proximidade. Nisto estamos pecando bastante quanto à estratégia junto com eles de escolares, estratégia que eles têm com HAS/DM. Tudo isto nós estamos perdendo, infelizmente. P3

Observando este diálogo pode-se inferir que a integração da equipe é prejudicada pela estrutura física das UBSF, mas que não é o fator principal da falta de interatividade das equipes. Reis, Scherer e Carcereri (2014) argumentam que “O CD ainda é um profissional solitário na UBS, mesmo na ESF, o processo de trabalho ainda permanece centrado nele”. O estudo de Ellery (2012) considera que para o desenvolvimento do trabalho interprofissional devem ser disponibilizadas

... condições organizacionais e coletivas, mobilizadoras de aspectos subjetivos dos profissionais. A oferta das condições de possibilidade, no plano organizacional, é indispensável, mas não suficiente para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. Sem a mobilização dos afetos, dos desejos e dos micropoderes de cada sujeito, não há interprofissionalidade possível.

4.3.3.1 Subcategoria 3.1 - Ações de promoção à saúde

Considerando a importância e a necessidade de realizar ações de promoção à saúde, as profissionais das ESB integram-se às ações da equipe multidisciplinar ESF para atuar nos grupos de gestantes, tabagismo, puericultura, verminose, orientação nutricional, horta

comunitária e Programa Saúde na Escola. Realizam orientações de saúde bucal para idosos e crianças em parceria com o Centro de Referência em Atendimento Social e Pastoral da Saúde. O trabalho em grupo é importante, pois “Os grupos permitem a troca de experiência entre os participantes, que percebem suas limitações e possibilidades no contexto coletivo (SOUZA et al, 2005).”

Para os adolescentes, além das orientações de higiene bucal, escovação supervisionada e aplicação de fluoretos, as ESB realizam oficinas sobre doenças sexualmente transmissíveis, bullying e saúde mental, integrados às ações da eqESF.

Destaca-se o trabalho da equipe da UBSF Jardim Sofia que realizou o projeto Jovem Vencedor, em parceria com a comunidade e empresas da região. O projeto foi desenvolvido em 4 anos e seu objetivo foi:

Possibilitar um espaço social aos adolescentes de 10 a 19 anos na área de abrangência da equipe, priorizando o acesso ao esporte, à saúde, ao lazer, à profissionalização, à cultura, ao respeito, à convivência comunitária e ao envolvimento familiar, criando abertura para ações conjuntas na promoção à saúde, formando, através deste espaço, um núcleo básico de abordagem (DIEFENBACH ET AL, 2015).

Os resultados alcançados foram muito positivos, pois entre outros benefícios, possibilitaram a redução em 90% dos casos de infrações cometidas pelos adolescentes, a profissionalização e encaminhamento ao primeiro emprego e o aumento da procura por atendimento na UBSF pelos adolescentes, consolidando o vínculo com a unidade (DIEFENBACH ET AL, 2015).

Em relação aos demais grupos, as equipes relataram algumas dificuldades, tais como a baixa adesão das gestantes aos grupos de atividades educativas e ausência de agentes comunitários de saúde em algumas áreas. Estas situações indicam a necessidade de rever estratégias de captação deste público alvo para participar das atividades de promoção à saúde. Provavelmente um dos fatores que dificultam o acesso destas pessoas é o horário. Há filas de espera para participar dos grupos de gestantes realizados à noite pela Maternidade Darcy Vargas. Este é um ponto importante que precisa ser revisto no processo de trabalho das equipes de saúde.

Outra situação que precisa ser considerada é o processo de trabalho de educação em saúde, com as tradicionais palestras. Conforme afirmam Santos e Assis (2006): "...a pouca adesão também está associada ao formato acadêmico em que os encontros coletivos têm se desenvolvido, por meio de palestras verticalizadas e pouco problematizadoras." As ações coletivas são realizadas com o objetivo de orientar para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos voltados à melhora do nível de saúde e condições de vida de seus participantes. Utilizam-se estratégias didáticas que levam a uma transformação destas pessoas, ampliando sua capacidade de compreensão e complexidade dos determinantes de ser saudável. Possibilitando ao cidadão ampliar sua visão sobre fatores sociais e de saúde e se fazer protagonista nos processos de saúde (SANTOS; ASSIS, 2006). Através da capacitação e empoderamento da população, o indivíduo se torna capaz de exercer um maior controle sobre sua saúde, das outras pessoas e do meio-ambiente em que vive, tomando decisões que possam conduzi-lo a uma saúde melhor, aumentando, assim, sua participação nos movimentos relacionados à saúde e qualidade de vida (LOPES et al, 2010).

Souza e colaboradores (2005) afirmam que

A experiência do trabalho em grupo pode facilitar a produção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, sendo este um importante aspecto para o desenvolvimento de processos reflexivos que apontem estratégias de enfrentamento dos desafios que, muitas vezes, fazem parte das suas situações de vida. Na promoção da saúde, o trabalho em grupo possibilita a quebra da relação vertical que, tradicionalmente, existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo esta uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que tem algum impacto na saúde de indivíduos e de grupos.

4.4 Considerações finais

A inserção das ESB na ESF, ainda que incipiente, representa um avanço para a odontologia de Joinville, pois trouxe como diferencial a evolução do cuidado anteriormente focado na saúde materno infantil à ampliação do acesso em saúde bucal para as famílias.

A realização dos grupos de estudo entre as ESB por iniciativa dos próprios profissionais e a realização de atividades coletivas de

promoção à saúde em parceria com suas respectivas equipes e comunidade representam avanços significativos nos processos de trabalho tradicionais das ESB. A mobilização de parcerias na comunidade, tais como empresas, conselhos comunitários, tutelares e de assistência social é um fator muito positivo à medida que potencializa as ações das equipes na busca por resultados que beneficiam a saúde e o modo de vida das pessoas.

Quando as dificuldades de relacionamento entre os membros das equipes são superadas, quem sai ganhando é a população, beneficiada pelo melhor atendimento e pelas ações de promoção em saúde realizadas por profissionais motivados e empenhados em oferecer um trabalho de melhor qualidade.

O redimensionamento adequado dos territórios das ESB da ESF é um grande desafio para os gestores do município para que as equipes possam atender melhor à população. Os dados apresentados demonstram que o acesso dos usuários ao TO é ampliado nas UBSF, possivelmente em função de uma melhor proporção entre o número de ESB e número de usuários em relação às unidades de rede e dos dias reservados para demanda espontânea.

Conclui-se que é preciso investir na ampliação da atenção à saúde bucal na ESF e readequar as áreas de abrangência das equipes para possibilitar a ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal.

4.5 Referências

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. Caderno FNEPAS. São Paulo. v.2. jan.2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de

atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Textos Básicos de Saúde, s. B).

CASOTTI, E., et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 140-157, out. 2014.

CHAPELIN, C.C.; BARCELLOS L.A.; MIOTTO M.H.M.B. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. **UFES Revista Odontologia**. Espírito Santo, v.10, n.2, p.46-51, 2008 .

CODATO, L.A.B ET AL. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.:2297-2301, 2011.

CONTARATO, P.C.; CONTARATO, I.C. Relatos: a saúde bucal no PMAQ-AB do Espírito Santo. **12º CBMFC - Medicina de Família e**

Comunidade: acesso com qualidade. Anais n. 12. 2013. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/brasileiro>>. Acesso em: 29/04/2015.

ELLERY, A.E.L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.18, n.48, jan. 2014. Disponível em:<
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05/03/2015.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. 361p.

JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. (Org.). Núcleo de Apoio Técnico. Relatórios de produção 2014a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. (Org.). Relatório de gestão 2014b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. (Org.). Relatório Fila de Espera Especialidades: Endodontia. 2015. Disponível em: <https://intranetsaude.joinville.sc.gov.br/_rotina/exibeFilaEspera.php>. Acesso em: 08 jun. 2015.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em:<
www.pnud.org.br>. Acesso em 14/05/2015.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D.A; CARCERERI, D.L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.39, n.104. jan-mar 2015.

SÃO PAULO. Elisabeth Niglio de Figueiredo. Universidade Federal de São Paulo. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. 2012. Disponível em: <
http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em 05/05/2015.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006. v.11, n.1, p.53-61

SOUZA A.C.; COLOMÉ I.C.S.; COSTA L.E.D.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS); v.26, n.2, p.:147-53. ago, 2005

SOUZA, E.C.F.et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, s. 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, M. F. **A gestão do cuidado odontológico no Programa de Saúde da Família no Centro de Saúde Goiânia - Belo Horizonte**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010.33f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em:<
[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/SOUZA, %20Miriam% 20Francisco% 20de/1010 Saúde da Família](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/SOUZA,%20Miriam%20Francisco%20de/1010%20Saúde%20da%20Família)> Acesso em: abr.2013.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos objetivos propostos de análise, descrição e identificação dos avanços e desafios na produção do cuidado odontológico na ESF, percebe-se que gerenciar o cuidado extrapola o conhecimento técnico profissional. Envolve a micropolítica dos processos de trabalho, a subjetividade e a autonomia dos sujeitos. Depende da vontade e o querer fazer de cada um. Requer proatividade e comprometimento de todos no sentido de melhorar a comunicação interpessoal para aprimorar o relacionamento profissional dentro e fora da equipe nos diferentes níveis de atenção, para que se efetive o cuidado integral do usuário na RASB.

A realização dos grupos de estudo entre as ESB por iniciativa dos próprios profissionais e a realização de atividades coletivas de promoção à saúde em parceria com suas respectivas equipes representam avanços nos processos de trabalho tradicionais da odontologia.

A inclusão dos técnicos em saúde bucal nas equipes e a contratação dos profissionais por concurso público são importantes diferenciais do município de Joinville.

A inserção das ESB na ESF, ainda que incipiente, representa um avanço para a odontologia de Joinville, pois trouxe como diferencial a evolução do cuidado anteriormente focado na saúde materno infantil à ampliação do acesso e resolutividade em saúde bucal para as famílias.

O redimensionamento adequado dos territórios das ESB da ESF é um grande desafio para os gestores do município para que as equipes possam atender melhor à população.

O encaminhamento dos usuários aos Centros de Especialidades Odontológicas por Sistema de Regulação (SISREG), através de uma central de regulação de serviços é um grande diferencial do município. O aperfeiçoamento deste sistema facilitará o monitoramento do usuário na rede e a efetivação das linhas de cuidado.

Considera-se que os objetivos deste estudo foram alcançados e espera-se que possa contribuir com outras equipes de saúde bucal que vivenciem situações semelhantes.

REFERÊNCIAS

BARRA, S.A.R. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. **SS Revista**. Londrina, v.13, n.2, jan./jun. 2011. Disponível em:< <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/8828/9122>>. Acesso em: abr.2014.

BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**. São Paulo. v.2. jan.2012

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 19 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 dez. 1997. v.85, n.247E, p.11, 22 dez. 1997. Seção 1

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 73. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 dez. 2012. Seção 1, p.205. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2012/Dez/27/portaria-no-3-012-de-26-de-dezembro-de-2012>>. Acesso em: 15 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 17**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica n. 28**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. 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. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>>. Acesso em: 15 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da ESF**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 15 dez.2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf> Acesso em: ago. 2014.

CASOTTI, E. et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 140-157, out. 2014.

CHAPELIN, C.C.; BARCELLOS L.A.; MIOTTO M.H.M.B. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. **UFES Revista Odontologia**. Espírito Santo, v.10, n.2, p.46-51, 2008 .

CODATO, L.A.B et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.:2297-2301, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SANTA CATARINA. **Dados estatísticos**. Disponível em:<<http://www.crosc.org.br/dados-estatisticos/>>. Acesso em 19 set. 2014.

CONTARATO, P.C.; CONTARATO, I.C. Relatos: a saúde bucal no PMAQ-AB do Espírito Santo. **12º CBMFC - Medicina de Família e Comunidade: acesso com qualidade**. Anais n. 12. 2013. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/brasileiro>>. Acesso em: 29/04/2015.

ELLERY, A.E.L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.18, n.48, jan. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05/03/2015.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. 13., ABEP, 2002, Ouro Preto. Disponível em:< <http://pt.scribd.com/doc/163478116/Grupos-Focais-e-Pesquisa-Social-Qualitativa-o-Debate-Orientado-Como-Tecnica-de-Investigacao#scribd>> Acesso em: ago 2013.

DIEFENBACH, C.L. et al. Experiência em saúde da família - Projeto jovem vencedor. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 32-37, mar, 2015.

FACCHINI, L.A et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. IN: SOUZA, M.F. (Org.); FRANCO, M. S. (Org.); MENDONÇA, A. V. M. (Org.). Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes Editora, 2014. v.1 p. 952.

FERREIRA, F. Grupos educativos na atenção básica de Blumenau: características e motivadores de adesão. Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Regional de Blumenau. Disponível em:<

http://www.bc.furb.br/docs/MO/2011/347333_1_1.pdf>. Acesso em fev.2015.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa/ Uwe Flick; tradução Joice Elias Costa. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, IN: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. 361p.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. 361p.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [on line], Rio de Janeiro, abr. 2008. v.24,n.4, p. 809-819. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/11.pdf>>. Acesso em: dez. 2014.

Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015 para Santa Catarina. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2013/cnv/coapcirsc.def>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. População estimada de Joinville, Santa Catarina. Disponível em:< <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420910&search=|infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: set. 2014.

JOINVILLE. **Joinville Cidade em Dados 2014**. Joinville, SC, 2014a. Disponível em: < <https://ippuj.joinville.sc.gov.br/arquivo/lista/codigo/442-Joinville%2BCidade%2Bem%2BDados%2B2014.html>> Acesso em: abr. 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. (Org). Núcleo de Apoio Técnico. **Relatórios Odontologia**. Joinville, SC, 2014b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. (Org). Núcleo de Gestão de Pessoas. **Relatório de Colaboradores**. Joinville, SC, 2014c.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. (Org). Setor de Cadastramento. **Mapa das ESB/ESF** . Joinville, SC, 2014d.

LEWIN, K.1920. IN: **O livro da Psicologia**. Tradução Clara Hermeto e Ana Luisa Martins.São Paulo: Globo, 2012.

LOPES, M.S.V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & contexto enferm.** (Online); v.19, n.3, p.461-468, jul.-set. Florianópolis, 2010. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300007>. Acesso em: ago.2014.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. IN: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Org.).**Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. 361p.

_____. E. E. Porque gerenciar o cuidado em saúde? IN: **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor:** um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Tese livre-docência. Unicamp. Campinas. 2000.

_____. E. E. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. IN: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Org.).**Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. 361p.

_____. E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. IN: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.

(Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. 361p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde: agora mais que nunca [CD-ROM]. [S.l.]: OMS; 2010. IN: Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.p.111

REIS, A.A.C; BERTUSSI, D.C.; FUENTES, I.C.P. A gestão do cuidado na rede de saúde em São Bernardo do Campo: enfrentando e tecendo novos arranjos. IN: SOUZA, M.F. (Org.); FRANCO, M. S. (Org.); MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro.** Campinas: Saberes Editora, 2014. p. 952.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 2006. v.11, n.1, p.53-61.

SOUZA A.C.; COLOMÉ I.C.S.; COSTA L.E.D.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm,** Porto Alegre (RS); v.26, n.2, p.:147-53. ago, 2005

SOUZA, R.S; BASTOS, M.A.R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem.** Disponível em:< www.reme.org.br/artigo/detalhes/304>. Acesso em: 20 ago. 2014.

SOUZA, M.F. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: diversidade e incompletude. IN: SOUZA, M.F. (Org.); FRANCO, M. S. (Org.); MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da Família nos**

municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes Editora, 2014. p. 952.

SOUZA, M. F. A gestão do cuidado odontológico no Programa de Saúde da Família no Centro de Saúde Goiânia - Belo Horizonte.

Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010. 33f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em:<

[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/SOUZA, %20Miriam% 20Francisco% 20de/1010 Saúde da Família](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/SOUZA,%20Miriam%20Francisco%20de/1010%20Saúde%20da%20Família)> Acesso em: abr.2013.

SOUZA, S.H.S. Pró-saúde na perspectiva dos profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde Baurú: análise do discurso.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas. Mestrado em Saúde Coletiva. Baurú, 2014. 142f. Dissertação. Disponível

em:<file:///C:/Users/User/Desktop/SylviaHelenaScombattideSouza_Rev.pdf>. Acesso em: fev. 2014.

UNGLERT, C.V.S. **Territorialização em saúde.** IN: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2011.

VIZZOTTO, D. ET AL. DMFT index of 12 year-old students of public schools participating in the Project of Education for Working for Health. RSBO, v.10, n.3, jul/set 2013. Disponível em

http://community.univille.edu.br/depto_odontologia/odontologia/revista/2013/rsbo-v10-july-september/509723. Acesso em 14/01/2015.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE DEBATE ADAPTADO DE SOUZA
(2010)**

1) ACESSO E ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Como se dá o acolhimento na UBS?

- a) Quem realiza o acolhimento?
- b) Existe um fluxograma para atenção odontológica, produzido pela equipe, para orientar o acolhimento na unidade?

2) PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.

- a) Além do acolhimento, a unidade faz planejamento para atendimento da população adstrita? Quem planeja as ações de saúde bucal da unidade?
- b) Como a equipe se organiza para conhecer as necessidades e prioridades da população? Existe algum instrumento para esta finalidade?
- c) Quem define as prioridades?
- d) As agendas ficam: () Na recepção () No consultório
- e) Quantas pessoas são agendadas por dia?
- f) Quantas primeiras consultas são agendadas por dia?
- g) Quantas visitas domiciliares são realizadas por mês?
- h) Existe número ou período de tempo definido para atendimento de urgências/pronto atendimento?
- i) Como estão organizadas as agendas?

3) INTEGRAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

- a) A ESB participa das reuniões com a ESF? Qual a periodicidade das reuniões?
- b) Qual é o produto destas reuniões?
 - () Planejamento de ações.
 - () Definição de Prioridades.
 - () Discussão de casos específicos.
 - () Integração e interação.
 - () Avaliação de resultados alcançados diante das ações desenvolvidas.
 - () Encaminhamento de demandas da ESF para ESB.
 - () Encaminhamento de demandas da ESB para ESF.

- c) Há participação da ESB nos grupos da ESF?
- d) Pessoas em situações de risco sócio sanitário são trabalhadas conjuntamente com a ESF com um olhar diferenciado?
- e) São realizados projetos terapêuticos singulares?
- f) As gestantes realizam tratamento odontológico no pré-natal?
- g) A ESB realiza ações específicas simultâneas às campanhas de vacinação de idosos e crianças?

4) COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.

- a) Antes de encaminhar o usuário para a referência são realizadas todos os procedimentos básicos para adequação do meio bucal na unidade?
- b) A ESB acompanha o usuário desde o momento de seu encaminhamento ao Centro de Especialidades Odontológicas ou outro serviço de referência até seu retorno para continuidade do tratamento?
- c) Enquanto o usuário aguarda a consulta na especialidade, são realizados procedimentos paliativos para garantir seu bem-estar?
- d) Qual a estratégia utilizada para o atendimento individual?
- e) A ESB conhece as taxas de absenteísmo nas consultas odontológicas da unidade?
- f) A ESB conhece as taxas de absenteísmo nas consultas **especializadas** agendadas pela unidade?
- g) Existe alguma ação da equipe para diminuir estas faltas?
- h) Quem realiza as visitas domiciliares pela ESB?

5) AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE.

- a) Quantas são as instituições de convívio coletivo da área de abrangência da sua unidade?
- b) Que atividades são realizadas nestas instituições pela ESB ?
- c) A ESB capacita cuidadores, educadores e ACS para realização de atividades de promoção à saúde nestas instituições?
- d) Com que frequência supervisiona e reorienta a realização destas atividades?

6) CONTROLE SOCIAL.

- a) Existe representatividade da ESB nas reuniões do Conselho Local de Saúde?

- b) Existe representatividade da ESB nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde?
- c) Houve alguma pauta no CLS referente à saúde bucal nos últimos seis meses?
- d) A comunidade participa de alguma forma de definição e avaliação das ações de saúde bucal?

7) ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA E ASSISTÊNCIA

- a) Quem faz o controle de estoque, programação e pedido de materiais?
- b) Quais profissionais cuidam das rotinas de biossegurança da unidade conforme as especificações do manual da SMS?
- c) Como a equipe avalia a manutenção dos equipamentos?
- d) Como a equipe avalia seu local de trabalho?

8) EDUCAÇÃO PERMANENTE

- a) Com que frequência os profissionais da ESB participam de cursos/ congressos/ capacitações?
- b) CD possui curso de pós-graduação? Qual? Com que frequência os profissionais da ESB assistem às videoconferências do telessaúde?
- c) Sugestões de temas a serem abordados nas ações futuras de educação permanente.
- d) A equipe gostaria de apresentar alguma experiência local em vídeo conferência ou na mostra de experiências exitosas da SMS?

A equipe realiza reuniões de estudo e avaliação do trabalho em saúde bucal?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
e-mail: ppgo@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado “Cuidado Odontológico na Estratégia de Saúde da Família de Joinville, SC.” é desenvolvido pela mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva **Christine Böhm da Costa** (RG nº: 4.903.559 - SESP/SC - CPF nº: 652.444.000-53). Trata-se de pesquisa em Saúde Coletiva pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Odontologia em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva, sob orientação do Profº. Dr. João Carlos Caetano (pesquisador responsável). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o número 33055114.2.0000.0121.

A pesquisa tem como **objetivo principal** analisar o modo de produção do cuidado em saúde bucal das equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família do município de Joinville, Santa Catarina. Para tanto os **procedimentos** usados serão: de duas oficinas de metodologia problematizadora e preenchimento coletivo de um questionário de coleta de dados, que serão respondidos em horário de trabalho, previamente combinado, por cada um dos profissionais que concordarem em participar do estudo. As reuniões serão registradas em gravador digital e por escrito.

Os **possíveis riscos** oferecidos nesta pesquisa são: desconforto ao participar da entrevista e possível constrangimento em caso de identificação do participante informante que, no entanto, tem o sigilo garantido pelos pesquisadores. Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos determinados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo e observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;

- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa à participação total;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios no sentido de proporcionar reflexões que irão oferecer subsídios para possíveis adequações com o objetivo de melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal.

Eu.....
, fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que autorizarei a gravação da minha entrevista em aparelho digital. Estou ciente de que participações em pesquisa não podem ser remuneradas e que minha participação no estudo pode ser interrompida a qualquer momento se assim eu o desejar, sem nenhum tipo de prejuízo. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo e concordo com a participação no mesmo. Por fim, declaro que estou recebendo uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____, ____ de _____ de 2014.

Em caso de necessidade, contate com: Christine Böhm da Costa.

Endereço: Rua Araranguá, 397 - América, Joinville - SC, 89204-310

Telefone: (47) 3481-5146. E-mail: christinebc10@gmail.com

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PERFIL PROFISSIONAL

Ocupação:() CD () ENF () TSB () ASB

Gênero:() Feminino () Masculino

Idade:___ anos.

Instituição de Ensino:() Pública () Privada

Tempo de formado: ___ anos.

Pós graduação:_____

Trabalho atual:() Exclusivo Público () Público e privado

ANEXO A – ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

As atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde estão previstas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48.

São atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família:

I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III. Realizar o cuidado da saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV. Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V. Garantia da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII. Responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV. Realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

XV. Participar das atividades de educação permanente;

XVI. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

ANEXO B – ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

As atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde estão previstas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48.

Cirurgião-dentista.

Os cirurgiões dentistas das equipes de Saúde da Família devem realizar diagnósticos e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar ações de saúde bucal, bem como atender à comunidade no território adstrito. Por atender compreende-se: promover e proteger a saúde bucal, prevenir agravos, realizar diagnóstico, tratar, acompanhar, reabilitar e manter a saúde bucal dos indivíduos, famílias e grupos específicos. Além disso, devem realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Devem coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, como também acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. Assim como o médico e o enfermeiro, o dentista deve atender as demandas espontâneas e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. E, por fim, devem supervisionar tecnicamente o trabalho do Técnico em Saúde Bucal e do Auxiliar em Saúde Bucal.

Técnico em saúde bucal (TSB).

Os técnicos em saúde bucal, inseridos na modalidade II das Equipes de Saúde Bucal, devem, como o restante da equipe, realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais. Eles são responsáveis pela coordenação da manutenção e da conservação dos equipamentos odontológicos, pela remoção do biofilme (de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista), por realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas; por inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista; e pela limpeza e antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares. Treinar e capacitar os Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) e os agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde também são atribuições dos técnicos em saúde bucal. Juntamente com os ASB, devem acolher o paciente nos serviços de saúde bucal, realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, participar de levantamentos e estudos epidemiológicos (exceto na categoria de examinador), aplicar medidas de biossegurança no

armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. O trabalho em conjunto com os ASB também compreende acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, e participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais. Além dos ASB, os técnicos em saúde bucal também atuam em conjunto com os agentes comunitários de saúde (ACS) nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

Auxiliar de Saúde Bucal.

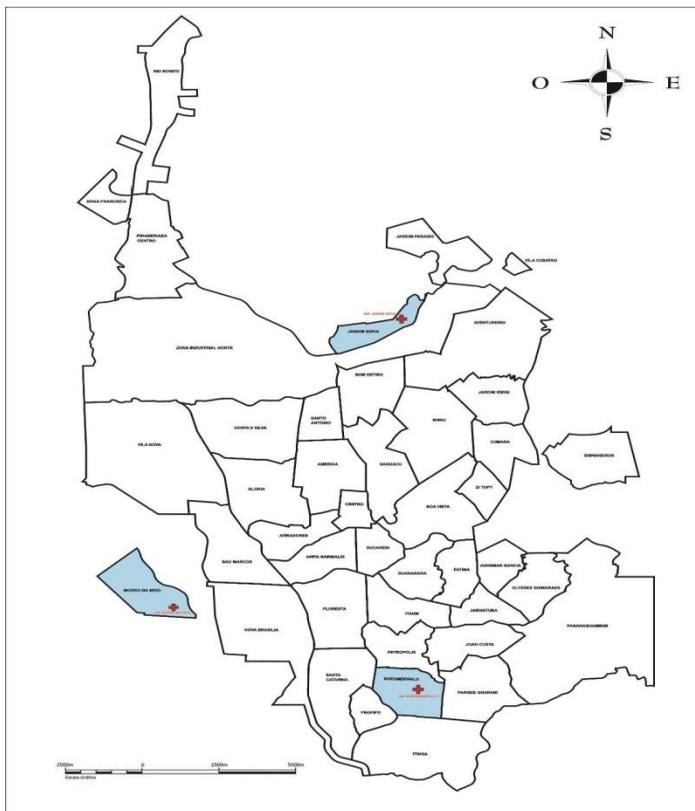
Os Auxiliares de Saúde Bucal devem realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde, bem como atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, inclusive com acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal. Eles são responsáveis pela limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do consultório odontológico nas Unidades Básicas de Saúde e/ou nas Unidades Odontológicas Móveis, assim como aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos. Devem auxiliar e instrumentar os cirurgiões dentistas nas intervenções clínicas, além de acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; Além disso, devem: processar filme radiográfico, selecionar moldeiras, preparar modelos em gesso, manipular materiais de uso odontológico e participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos (exceto na categoria de examinador).

ANEXO C – RELATÓRIO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO ANO DE 2013.

Relatório ODONTOLOGIA - Impresso em 27/09/2014 15:26:32					
UNIDADE:Todas Profissional: Todos		Data de Início: 01/01/2013 - Data de Fim: 31/12/2013			
Atendimento Odontológico por Faixa Etária, Situação e Doença(Exceto PA's)					
Faixa Etária, Situação e Doença	Presença	alta	TC	1a Cons.	Urgência
0 - 2	2086	204	1395	1821	49
2 - 9	43879	4248	16876	28150	912
10 - 19	34270	3511	14291	23550	869
20 - 59	41669	5059	6030	10127	3014
60 e mais	7292	568	1499	2120	444
TOTAL FAIXA ETÁRIA	129196	13590	40091	65768	5288
Gestantes	2654	434	480	1051	80
Diabéticos	1111	79	232	339	58
Pacientes Especiais	903	23	125	176	58
MARCADORES ATENÇÃO BÁSICA(PMA2)					
Alterações na Mucosa Bucal - CID K13					87
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática				65769
	1ª Consulta a Gestante				1051
	1ª Consulta ao Diabético				339
	1ª Consulta ao Paciente Especial				176
	Escovação Dental Supervisionada				143518
	Tratamento Concluído				40093
	Urgência				5288
	Instalações de próteses dentárias				0
	Encaminhamento de Saúde Bucal				2071

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, 2014a.

ANEXO D – LOCALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO MODELO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOINVILLE, SC.



Fonte: Joinville/ SMS/Setor de Cadastramento 2014d.

ANEXO E - FORMA DE CÁLCULO DOS INDICADORES DO CONTRATO ORGANIZATIVO DAS AÇÕES PÚBLICAS.

Escovação Dental Supervisionada:

Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses / 12 X 100
População no mesmo local e período

Fontes:

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – Quantidade apresentada.

IBGE – População

Proporção de exodontias em relação ao número de procedimentos:

Número total de extrações dentárias em determinado local e período X 100
Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período

Fonte: SIA/SUS

Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal:

(Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40) x 3.000 X 100
População no mesmo local e período

Observação: A soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas será equivalente ao nº de equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica e na Saúde da Família.

Fontes:

TABWIN- (<http://cnes.datasus.gov.br/> > Serviços > Recebimento de arquivo > Tabwin CNES).

IBGE – População

Fonte: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015. Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

ANEXO F – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP- UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisador: JOAO CARLOS CAETANO

Título da Pesquisa: Cuidado Odontológico na Estratégia de Saúde da Família de Joinville, SC.

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Área Temática:

Versão:1

CAAE: 33055114.2.0000.0121

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 724.406

Data da Relatoria: 14/07/2014

DADOS DO PARECER

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo vinculado a dissertação de mestrado do curso de mestrado acadêmico em Odontologia em saúde Coletiva da UFSC e pretende trabalhar com o cuidado odontológico prestado pelas equipes de saúde da família no município de Joinville/SC.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o modo de produção do cuidado em saúde bucal das equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família do município de Joinville, Santa Catarina. a) Identificar estratégias que possam colaborar com a melhoria do processo de trabalho das equipes de saúde bucal. b) Compreender as formas de gestão do cuidado em saúde bucal. c) Descrever a gestão do cuidado odontológico na ESF de Joinville, SC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como benefícios: proporcionar reflexões que irão oferecer subsídios para possíveis adequações com o objetivo de melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Como riscos: Desconforto ao participar da entrevista e possível constrangimento em caso de identificação do participante informante que, no entanto, tem o sigilo garantido pelos pesquisadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encontra-se bem delineada e com fundamentação teórica importante, além de ser relevante para o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde bucal. O cronograma é compatível com a avaliação por este comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios e um TCLE compatível com a Resolução 466/2012.

Recomendações:
sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 21 de Julho de 2014

Assinado por:

Washington Portela de Souza

(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

Município: FLORIANOPOLIS **UF:** SC

Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:**

cep@reitoria.ufsc.br

Página 02 de 02

ANEXO G – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE



Secretaria da Saúde



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Secretaria Municipal da Saúde de Joinville, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Cuidado odontológico na Estratégia de Saúde da Família de Joinville, SC" e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Joinville, 03 de abril de 2014.

Larissa Grun Brandão Nascimento
Secretária Municipal da Saúde - interina

Rua Araranguá, 397 – América – 89204-310 – Joinville/SC
Tel: (47) 3481-5119 – E-mail: gabinetesaudejoinville@gmail.com

www.saudejoinville.sc.gov.br