

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PAOLA BERTONCELLO**

**ESTRATÉGIA DE GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA: O CASO DE UMA UNIDADE  
DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS (SC)**

**FLORIANÓPOLIS**

**2018**

**PAOLA BERTONCELLO**

**ESTRATÉGIA DE GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA: O CASO DE UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS (SC)**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renata Goulart Castro.

FLORIANÓPOLIS

2018

**PAOLA BERTONCELLO**

**ESTRATÉGIA DE GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA: O CASO DE UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS (SC)**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renata Goulart Castro- Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Mestre Marina Leite Souza  
Prefeitura Municipal de Florianópolis

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora e tutora, Renata, por me conduzir na realização deste trabalho e estar sempre disposta a contribuir para minha formação.

À toda comunidade e funcionários do Centro de Saúde Agronômica pela trocas, aprendizado e conhecimento compartilhado durante esses dois anos em cada pequeno gesto;

À minha preceptora, Marina, por orientar meu crescimento profissional, entender minhas falhas e me permitir tê-la como referência.

À professora Ana Lúcia, pela calma, sabedoria e direção.

À minha família pelo apoio em toda minha formação, por compreender minhas ausências e a distância.

Ao meu namorado Lucas, pelo auxílio na análise dos dados, mas principalmente pelo cuidado, estímulo e compreensão de sempre.

À residência por ampliar meus horizontes e permitir uma formação diferenciada.

Aos meus colegas, por ultrapassarem a barreira da residência e a todos os momentos compartilhados.

À Vida, por ter abençoado minhas escolhas.

## RESUMO

O acesso aos serviços de saúde bucal é um desafio, pois existe uma demanda acumulada e historicamente excluída desse tipo de atenção. O atendimento clínico odontológico ainda ocupa grande parte da agenda dos cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família. O trabalho com grupos na atenção básica é uma alternativa para as práticas assistenciais considerando a problematização das questões de saúde bucal e democratização do conhecimento. Já sua funcionalidade está vinculada a uma forma de manejar o elevado número de procura por atendimentos. Este estudo teve como objetivo analisar a estratégia de grupo desenvolvida numa unidade básica de saúde sob a perspectiva de otimização do acesso à atenção odontológica. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, de base quantitativa. Foram utilizados dados secundários, extraídos de boletins das atividades grupais de saúde bucal do Centro de Saúde Agrônômica, referentes ao número de grupos realizados por faixa etária, número de crianças participantes, número de encaminhamentos realizados e categorias profissionais participantes, no período de janeiro de 2014 a novembro de 2017. No período estudado, foram realizados 153 encontros de grupo, com a participação de 1277 crianças, em média 8,4 por encontro. Das crianças avaliadas, 37% precisaram de encaminhamento para atendimento clínico individual. Destas, 60% pertenciam a faixa etária de 7 a 12 anos e 56% de 3 a 6 anos. O tempo necessário para a realização das consultas odontológicas das crianças no atendimento tradicional seria de 638,5 horas, enquanto na estratégia adotada foi de 306 horas, ou seja, 52,8% menor do que se fossem feitas individualmente e ainda permitiu um aumento de aproximadamente 665 vagas para consultas odontológicas destinadas a toda população da área de abrangência do CSA. A estratégia de grupo adotada pela unidade proporcionou a otimização do acesso à atenção odontológica para crianças de 0 a 12 anos.

**Palavras-chave:** Atenção Básica. Saúde Bucal. Processos grupais. Acesso.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB	Atenção Básica
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CD	Cirurgião-dentista
CSA	Centro de Saúde Agrônômica
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GSB	Grupo de Saúde Bucal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica.
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMULTISF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

RESUMO .....	5
1. INTRODUÇÃO .....	8
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	11
3. OBJETIVOS .....	16
<b>3.1 GERAL</b> .....	16
<b>3.2 ESPECÍFICOS</b> .....	16
4. MÉTODO.....	17
<b>4.1 DESENHO DO ESTUDO</b> .....	17
<b>4.2 LOCAL DO ESTUDO</b> .....	17
<b>4.3 OS GRUPOS DE SAÚDE BUCAL – GSB</b> .....	17
<b>4.4 REGISTRO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	19
5. RESULTADOS.....	20
6. DISCUSSÃO.....	23
7. CONCLUSÃO .....	27
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	27
8. REFERÊNCIAS .....	28
ANEXO I .....	33
ANEXO II .....	34

## 1. INTRODUÇÃO

A atenção básica (AB) caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que buscam desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade. Esta é responsável pela resolubilidade da maioria das demandas de usuários que buscam atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

O Programa de Saúde da Família (PSF) hoje definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu com o objetivo de reorganizar as práticas de saúde no âmbito da AB, reafirmando e incorporando os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária (BRASIL, 2008). A ESF pauta suas ações priorizando a proteção e promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de modo integral e longitudinal (BAUMEL et al., 2009).

A necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população bem como incentivar a reorganização da saúde bucal na AB foram os motivos responsáveis pela implantação das equipes de saúde bucal (eSB) na ESF. Assim, o cirurgião-dentista (CD), o auxiliar de saúde bucal (ASB) e o técnico de saúde bucal (TSB) foram incluídos na ESF, de acordo com a Portaria MS 1.444/2000 que determinou o incentivo financeiro das eSB na ESF.

Historicamente, as práticas de saúde bucal foram desenvolvidas de modo isolado, restrita a prática do CD com seu equipamento odontológico (BRASIL, 2008). É coerente afirmar que, com a implantação das eSB, houve um grande avanço na atenção à saúde bucal, representado pelo maior acesso da população aos serviços, mas sem ocorrer rompimento das práticas médico-centradas (FARIAS, 2009).

Apesar da inserção da saúde bucal na AB e sua valorização por meio da incorporação de cirurgiões-dentistas às equipes da ESF, observa-se uma supervalorização dos procedimentos em detrimento de ações voltadas para a integralidade da atenção, restringindo a atenção em saúde bucal, muitas vezes, a reprodução do modelo hegemônico, individual e curativista (SABADIN; LODI, 2011).

Estudo realizado por SOARES et al., em 2011, com a finalidade de revisar publicações do período de 2001 a 2008 sobre a atuação da eSB na ESF, concluiu que os municípios não têm

realizado suas ações de saúde bucal plenamente da forma preconizada pelo MS. Ainda, barreiras e avanços têm sido identificados no processo de construção em que ainda predominam as práticas do modelo tradicional.

A organização da demanda continua sendo um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal. As equipes enfrentam muitas dificuldades para lidar com este desafio e a assistência quase sempre se conforma no esquema queixa conduta (TAVARES et al., 2013). Existe uma demanda acumulada e historicamente excluída (FARIAS, 2009) e a demanda por assistência por meio de consultas clínicas ocupa grande parte da agenda dos CD (RODRIGUES et al., 2010).

Para superar o acesso descontextualizado das necessidades dos diferentes grupos populacionais, as Diretrizes das Políticas de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) apontaram duas formas de organização da demanda, sendo elas a organização por linha de cuidado e/ou por condição de vida. Estas auxiliam a eSF/SB a definir formas de inserção na assistência dos diferentes grupos de forma equitativa e ética. Assim, almeja-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo, implicando uma nova forma de produzir o cuidado em saúde bucal (SANTOS, 2006).

A prática das eSB na AB extrapola os limites da boca (BRASIL, 2008). Dentre as ações que devem integrar de modo constante a prática das eSB, merecem destaque as ações educativas. Estas exigem uma participação ativa do sujeito, possibilitando a transformação de suas atitudes, conhecimentos e habilidades, tornando-os autônomos em seus processos de saúde, melhorando a qualidade de vida (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

O trabalho em grupos na AB é uma alternativa às práticas assistenciais, considerando a problematização das questões de saúde bucal, integração e a democratização do conhecimento. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença (BRASIL, 2008).

Já sua funcionalidade está atrelada a uma forma de manejar o elevado número de procura por atendimentos, excluindo dos mesmos os chamados agravos externos e/ou atendimentos de urgência/emergência (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011). Seus benefícios são uma maior otimização do trabalho, com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo e envolvimento da equipe de profissionais com o paciente (KIEFER; DE MENEZES; AVELINO, 2016).

Neste sentido, o objetivo deste trabalho é analisar a estratégia de grupo desenvolvida

numa unidade básica de saúde sob a perspectiva de ampliação do acesso a atenção odontológica.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A criação do SUS teve como finalidade reorganizar a assistência à saúde no Brasil. Antes esta tinha vínculo estreito com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava, em relação ao acesso aos serviços de saúde, a divisão da população brasileira em previdenciários e não previdenciários (BRASIL, 2007). A partir de iniciativas institucionais legais e comunitárias, o direito à saúde passa a ser assegurado pela Constituição Federal. De acordo com a Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, é definido que “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

Na Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) abordou saúde como um direito humano fundamental e a conquista em seu mais alto nível como uma grande meta social mundial, cuja realização exige a ação de outros setores, além do setor saúde. Ainda destacou que a desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, é política, social e economicamente inaceitável (WHO, 1978).

Propostas de ações de promoção e prevenção foram abordadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco histórico do movimento da reforma sanitária no Brasil, que levantou a discussão sobre o processo saúde/doença (BRASIL, 1990). Definiu-se um conceito ampliado de saúde, de caráter intersetorial, a fim de buscar soluções aos problemas e situações consideradas determinantes nas condições de saúde da sociedade, bem como superar a perspectiva hegemônica desta como ausência de doença (MALTA et al., 2016). Em sentido amplo, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra. É resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 2006).

Dessa forma, foi desencadeado um novo arranjo nos serviços de saúde. Foi dado um grande avanço social e político por meio das redefinições acerca das responsabilidades das esferas federal, estadual e municipal do governo, com direito a espaços de participação popular e órgãos da sociedade civil. De modo sucinto, a legislação que rege o atual sistema de saúde brasileiro passa a responsabilizar o Estado pela saúde da população, sob o ponto de vista jurídico (NAYME, 2012). É estabelecido que a regionalização, a descentralização e a hierarquização seriam os princípios organizativos do SUS. Já, seus princípios doutrinários: universalidade,

equidade e integralidade, passaram a reger a reorganização de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (TEIXEIRA, 2011).

Na década de 1990, o PSF contribuiu para a consolidação do sistema de saúde por meio da AB. Este permite construir uma nova dinâmica de atuação por meio das unidades básicas de saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, configurando-a como a porta de entrada do sistema (BRASIL, 1997).

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Práticas são realizadas sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações adstritas, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância da população (BRASIL, 2011).

Desde a implementação do SUS até hoje, a AB passou por algumas interpretações diferenciadas. Primeiramente, era tida como atenção seletiva, programa destinado a população de baixa renda. Logo, passou de nível primário de atenção (organização e funcionamento como porta de entrada) para a estratégia de organização do sistema de atenção à saúde (SCHIMITH, 2017).

Países com uma melhor organização da AB tem maiores chances de ter altos níveis de saúde com menores custos (DINIZ, 2015). Assim, faz-se importante fortalecer a AB para obter melhores resultados nos níveis de saúde da população e para que se tenha sistemas de saúde com melhor organização e desempenho (BARROS et al., 2016).

Existem evidências que associam os melhores resultados na saúde da população, mesmo que em contextos de grande iniquidade social, com a utilização dos serviços organizados na AB do que por especialidade, que tem um custo elevado e é menos acessível. Este nível de atenção possui uma organização menos hierárquica e mais flexível (STARFIELD, 2004).

Em relação à saúde bucal, a reorganização da atenção à saúde é evidenciada a partir da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que orienta o acesso através de linhas de cuidado e condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada com a saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção a condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador portador de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outros (BRASIL, 2006).

Suas diretrizes apontam para a qualificação e ampliação da assistência, promovendo acesso igualitário e integral a todas as pessoas, (BRASIL, 2006). Por muitos anos a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil esteve limitada a ações de baixa complexidade, curativas e mutiladoras, e com acesso restrito da população (NAYME, 2012). Nesse contexto, a PNSB foi criada na busca da mudança da prática preconizada até então, pautada na atenção individual e de forma predominante pela atuação dentro do setor privado (ALEXANDRE et al., 2016).

Apesar da expansão do número de eSB e do grande esforço para efetivação dessa forma de cuidado, estas ainda encontram dificuldades para a realização das práticas pertinentes à ESF, como visitas domiciliares, ações de promoção da saúde e prevenção às doenças bucais, bem como reuniões com a comunidade de abrangência (PIMENTEL et al., 2012). Indaga-se atualmente a existência de alguma alteração na forma de atenção ou de procedimentos oferecidos à população com a introdução da eSB na ESF, uma vez que esta tem-se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais, e pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência (BULGARELI et al., 2014).

A maioria das doenças bucais não ameaça diretamente a vida, porém são agravos priorizados na saúde pública por serem de alta prevalência, grande demanda pública aos serviços, impacto sobre a vida dos indivíduos e sociedade em termos de dor, desconforto, limitação, deficiência social e funcional, interferindo sobre a qualidade de vida (OLIVEIRA, 2008).

Em Pernambuco, um estudo com indivíduos acima de 18 anos destacou que um percentual de 35,4% indivíduos visitou o dentista há três ou mais anos. Os indivíduos que procuraram dentistas do serviço público (58,6%) superaram os que procuram dentistas particulares (37,4%). Daqueles que utilizaram o serviço público no último ano, apenas (18,9%) teve acesso ao dentista da eSF (OLIVEIRA, 2008).

Dentre as linhas de cuidado, a população infantil vem mostrando necessidade diferenciada na atenção à saúde bucal, considerando a prevalência da doença cárie (FAUSTINO-SILVA, 2015). Os levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil, em 2003 e 2010 revelaram que a prevalência de cárie dentária aos doze anos foi de 68,9% e 56%, respectivamente. (BRASIL, 2004, 2011). O município de Florianópolis -Santa Catarina figura como a capital brasileira com menor índice de cárie dentária aos 12 anos, com prevalência estimada em 31,6%, porém, com 6,7% destas crianças tendo sofrido ataque elevado de cárie (quatro ou mais dentes afetados) (BRASIL, 2011).

Em estudo que buscou determinar a distribuição de cárie dentária entre escolares brasileiros no período de 1980 a 2003 observou-se que 20% desta população concentra cerca de 60% da carga da doença, sem alteração na diferença relativa entre as regiões. Este dado pode estar

expressando uma iniquidade em saúde, em que, o ataque desigual da doença entre os indivíduos decorre não apenas de variações biológicas, mas também de diferenças de ordem social que se expressam por meio do processo saúde-doença (NARVAI; FRAZÃO; RONCALLI, 2006).

Ao considerar a AB como porta de entrada das crianças no sistema de saúde, entende-se que é atribuição fundamental das unidades propor medidas de controle e diminuição desses números, buscando através de medidas preventivas e intervenção baseada em risco, promover saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO; RONCALLI, 2006).

A PNSB preconiza que o acesso à saúde bucal da criança deve-se dar no máximo a partir dos 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupo de pais. Além disso, a política organiza a atenção à saúde bucal da criança a partir de ciclos de vida: bebês (0 a 24 meses), crianças (02 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos). Ainda, recomenda que as ações em saúde bucal sejam parte de programas integrais da criança, compartilhados com a equipe multiprofissional e não desenvolvida isoladamente pelo dentista (BRASIL, 2006).

O município de Florianópolis - Santa Catarina conta com documento específico para nortear as ações em saúde bucal. O Protocolo de Atenção à Saúde Bucal recomenda que a primeira consulta odontológica da criança aconteça quando esta completar 30 dias e seja agendada ainda na maternidade. A marcação de consulta odontológica e a entrega de kit com orientações sobre higiene bucal são as primeiras ações da Secretaria de Saúde na prevenção de saúde bucal da criança (FLORIANÓPOLIS, 2006).

A consulta de 30 dias poderá ser realizada em grupo para os bebês na unidade de saúde quando a demanda for significativa e assim a eSB julgar melhor. No atendimento em grupo, o protocolo recomenda iniciar com as orientações aos pais e em seguida com o exame clínico do bebê (FLORIANÓPOLIS, 2006). O trabalho em grupos na AB favorece o aprimoramento de todos os envolvidos por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

A educação em saúde deve fornecer instrumentos para que o usuário se torne ativo perante sua saúde e seus hábitos. A intenção é compartilhar saberes, respeitando a cultura local, para que as comunidades se tornem capazes de autogerirem suas vidas, com vistas à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006). Cabe à eSB participar dos atendimentos em grupo de crianças e adolescentes, e por meio de linguagem apropriada para cada faixa etária, promover saúde (FLORIANÓPOLIS, 2006).

A PNSB orienta que as ações educativas no nível coletivo podem ser feitas por meio de

grupos de modo a problematizar a saúde bucal e democratizar o conhecimento. (BRASIL, 2008). Este espaço propõe trazer para os encontros a realidade de cada um e oportuniza a criação e fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade, garantindo um acesso facilitado (KIEFER; MENEZES; AVELINO, 2016). Para além, é uma forma de manejar o elevado número de procura por atendimentos, configurando-se como estratégia de demanda (MAFFACCIOLLI e LOPES, 2011).

Os grupos podem ainda servir para atenuar a soberania exercida pelos serviços de saúde que, apesar de manterem como meta a troca de saberes para a melhoria da qualidade de vida, limitam-se à transferência de informações para a população sobre determinados procedimentos, muitas vezes, de carácter arbitrário (KIEFER; MENEZES; AVELINO, 2016). Assim, estratégias de grupo se destacam como ferramenta de incorporação do saber, a partir de estratégia de diálogo horizontal, que torna o usuário/comunidade como agentes ativos e responsáveis pela construção de um conhecimento coletivo (HERMIDA et al., 2016).

Apesar do trabalho em grupos ser uma alternativa para as práticas assistenciais no contexto da AB, há falta de fundamentação teórica e meios administrativos reguladores dessas práticas, que as tornam completamente distintas no modo e enfoques em que acontecem (MAFFACCIOLLI e LOPES, 2011). Estudos sobre o trabalho na AB refletem a diversidade das práticas desenvolvidas em grupos compostos por usuários oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais, isto é, crianças, gestantes e portadores de doenças crônico-degenerativas; de puericultura, pré-natal e planejamento familiar, bem como de sala de espera, de asma e oficinas terapêuticas. Porém há pouco relatos sobre grupos direcionados a trabalhar as questões bucais (FURLAN, 2012).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Analisar a estratégia de grupo desenvolvida numa unidade básica de saúde sob a perspectiva de ampliação do acesso à atenção odontológica.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

Levantar o perfil dos participantes nos GSB realizados no CSA;

Verificar os encaminhamentos realizados nos GSB do CSA;

Comparar a estratégia para o acesso teórico-normativo com o possibilitado pela estratégia dos GSB.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

Estudo transversal, descritivo e analítico, de base quantitativa.

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

O Centro de Saúde Agrônômica (CSA) é pertencente ao Distrito Sanitário Centro, localizado no município de Florianópolis, Santa Catarina, e tem a responsabilidade sanitária de uma população de aproximadamente 17 mil habitantes (IBGE, 2010). Dispõe de quatro eSF, uma para cada das suas 4 áreas adstritas, e um total de 18 micro áreas. O CSA conta ainda com três eSB do tipo I, ou seja, cada eSB é composta por um CD e um ASB, sendo duas equipes incompletas.

O acesso da população ao atendimento odontológico pelas eSB no CSA ocorre por meio de demanda espontânea para atendimento de urgências odontológicas; consultas programáticas com agendamento semanal para população em geral; consultas programáticas a grupos prioritários (diabéticos, gestantes e idosos, além de crianças que, ao serem examinadas na escola, apresentem necessidade de tratamento curativo); e visita domiciliar.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 2012, o número de crianças de 0 a 9 anos pertencentes à área do CSA era de aproximadamente 1848. Nesse contexto, as eSB do CSA articularam uma proposta que possibilitasse melhorar o aproveitamento da atenção ofertada à população infantil: o Grupo de Saúde Bucal (GSB).

### **4.3 OS GRUPOS DE SAÚDE BUCAL – GSB**

O GSB tem como objetivos organizar e ampliar o acesso à atenção odontológica para crianças de 0 a 12 anos, bem como realizar atividades coletivas. Este se estrutura de acordo com a faixa etária dos participantes: 0 a 6 meses; 7 meses a 2 anos; 3 a 6 anos e 7 a 12 anos. Esta abordagem direcionada a cada momento da vida da criança foi priorizada por considerar que fase da vida da criança exige atenção diferenciada.

Cada grupo acontece mensalmente e não há limite de participantes, apesar do local da atividade não favorecer a participação de um grande número de crianças e acompanhantes. Os encontros do GSB acontecem semanalmente no auditório do CSA, com duração aproximada de 2 horas, considerando o tempo de organização do espaço, execução da ação e registro das ações realizadas na atividade.

A coordenação do GSB é de responsabilidade da eSB, contudo conta com a participação das eSF e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio do planejamento, participação e realização das atividades educativas. Participam também profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da parceria entre Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Florianópolis e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), além de estudantes da disciplina de Interação Comunitária VI do curso de graduação em Odontologia da UFSC.

Os encontros são sistematizados em etapas: primeiro registro de informações, depois atividade educativa com atividades lúdicas e orientação de higiene bucal, e por fim exame clínico bucal.

No primeiro momento, conforme a chegada dos participantes, realiza-se o preenchimento de uma ficha para documentação da atividade (anexo 1). Esta contém campos para registro de informações: referência a amamentação exclusiva, alimentação complementar, mamada noturna, uso de chupeta, consumo de sacarose, frequência de escovação, uso de fio dental. Ainda, há um campo disponível para preenchimento do resultado do exame clínico e encaminhamentos.

Num segundo momento, há a realização de atividades educativas de caráter lúdico. Estas abordam temas como amamentação, alimentação, higiene bucal, hábitos e estilo de vida saudáveis, o uso de medicamentos e atividade física, reforçando a importância de os responsáveis resgatarem esses assuntos no cotidiano de suas vidas. Esta etapa utiliza materiais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e/ou produzidos pela eSB e residentes, macro modelos de arcadas dentárias, fantoches, jogos educativos adequados para cada faixa-etária. Ocorre ainda orientação e demonstração da higiene bucal para os responsáveis de bebês de 0 a 6 meses com utilização de gaze ou dedeira de silicone. Para as crianças entre 7 meses a 2 anos, a higiene bucal é realizada com escova dental infantil e dentifrício fluoretado. Ambas são realizadas com a criança no colo dos responsáveis ou na posição joelho a joelho com o intuito de demonstrar a prática e favorecer um momento acolhedor e confortável para o bebê. Na faixa etária de 3 a 6 anos e 7 a 12 anos, a escovação ocorre com a colaboração dos responsáveis, sob

supervisão dos profissionais, no escovódromo portátil disponibilizado pela SMS de Florianópolis.

Por fim é realizado o exame bucal pelo CD e registro da condição de saúde bucal das crianças. Os responsáveis de crianças que necessitam do encaminhamento já saem do CSA com data agendada para o tratamento odontológico individual, com o profissional da área de referência. Àquelas crianças que não apresentam necessidade de atendimento individual, recebem lembrete orientando retorno ao GSB em 6 meses, entretanto, caso seja diagnosticado alguma situação preocupante a criança será acompanhada em um intervalo menor de tempo.

Cada encontro do grupo se desenvolve em 1 hora e 30 minutos e exige a organização do espaço no qual o mesmo ocorre bem como registro da atividade em prontuário informatizado, somando a este tempo 30 minutos, dependendo assim 2 horas para cada um dos encontros.

#### **4.4 REGISTRO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS**

Para analisar a estratégia de grupo desenvolvida na referida unidade básica de saúde foram utilizados dados secundários extraídos de boletins referentes aos GSB, no período compreendido entre janeiro de 2014 e outubro de 2017 (anexo I).

Estes boletins contêm dados referentes a fatores de risco relacionados a agravos bucais (amamentação exclusiva, mamada noturna, uso de chupeta, consumo de sacarose, frequência de escovação, uso de fio dental), exame clínico, encaminhamento, identificação da faixa etária do grupo (0 a 6 meses; 7 meses a 2 anos; 3 a 6 anos e 7 a 12 anos), profissionais participantes da atividade e data de realização do encontro.

Dessa forma, foram analisados dados relativos ao número de GSB realizados por faixa etária, número de crianças participantes, número de encaminhamentos realizados e categorias profissionais participantes dos grupos.

Para a comparação entre a possibilidade de atendimento normativo teórico e a proporcionada pela estratégia do GSB foram considerados: os atendimentos odontológicos tradicionais com duração média de 30 minutos pressupondo que as eSB são compostas minimamente por CD e ASB; horas de trabalho para realização do GSB, ou seja, 2h por encontro, número total de encontros do GSB, número total de participantes no GSB e total de horas necessárias para consulta individual das crianças que participaram do GSB em atendimento em consultório.

Para a realização da organização, descrição e análise dos dados foi utilizada planilha eletrônica. Este estudo foi avaliado pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde em conjunto com a Coordenação de Saúde Bucal do Município de Florianópolis –

SC sendo considerado autorizado para execução (anexo II).

## 5. RESULTADOS

No período analisado, foram realizados 153 encontros, com um total de 1277 crianças participantes. O número médio de participantes nas diferentes faixas etárias variou 6,2 a 11,3 com média de 8,4 crianças (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de encontros realizados, total de participantes e média de participantes segundo faixa etária, no período de janeiro de 2014 e novembro de 2017. Florianópolis, SC, 2018.

Faixa etária	Número de encontros realizados	Total de participantes	Média de participantes por encontro
0 a 6 meses	42	261	6,2
7 meses a 2 anos	38	284	7,5
3 a 6 anos	35	303	8,7
7 a 12 anos	38	429	11,3
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	<b>1277</b>	<b>8,4</b>

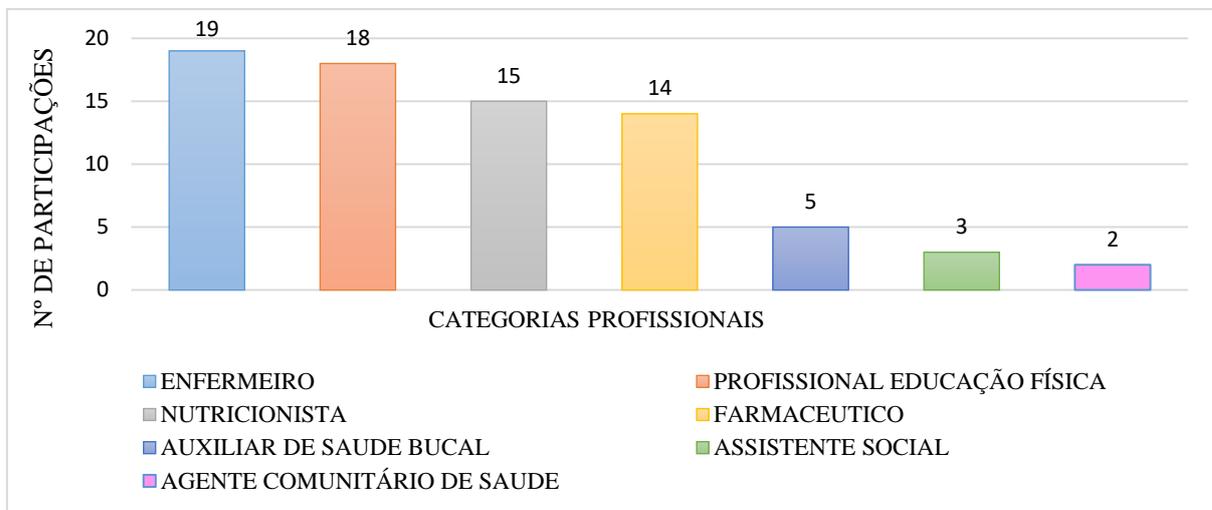
Todos os encontros analisados (153) foram coordenados por um CD, sendo este da eSB (26), residente (53) ou ambos (74) (tabela 2). Cabe destacar que 49 tinham, além dos coordenadores, outros profissionais participantes. O enfermeiro esteve presente em 19 encontros, o profissional de educação física em 18 e o nutricionista em 15.

Tabela 2 – Profissionais coordenadores dos Grupos de Saúde Bucal, entre os meses de janeiro de 2014 e novembro de 2017. Florianópolis, SC, 2018.

Profissional	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
CD – eSB	26	17%
CD – residente	53	35%
CD – eSB e residente	74	48%
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Já o ASB e ACS em 5 e 2, respectivamente (figura 1). Além destes, graduandos de odontologia participaram como atividade da disciplina de Interação Comunitária VI semestralmente no período estudado.

Figura 1– Categorias profissionais participantes do Grupo de Saúde Bucal, entre os meses de janeiro de 2014 e novembro de 2017. Florianópolis, SC, 2018.



Em relação aos exames bucais realizados nos encontros do GSB, pode-se observar que 63% das crianças avaliadas não necessitaram de encaminhamento para atendimento clínico odontológico e assim foram orientadas a retornar ao GSB para acompanhamento (tabela 4).

Tabela 4 – Número de participantes entre 0 e 12 anos nos Grupos de Saúde Bucal, distribuídos de acordo com a necessidade de tratamento odontológico. Florianópolis, SC, janeiro de 2014 a novembro de 2017.

Necessidade de atendimento clínico	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não	764	63%
Sim	513	37%
<b>TOTAL</b>	<b>1277</b>	<b>100%</b>

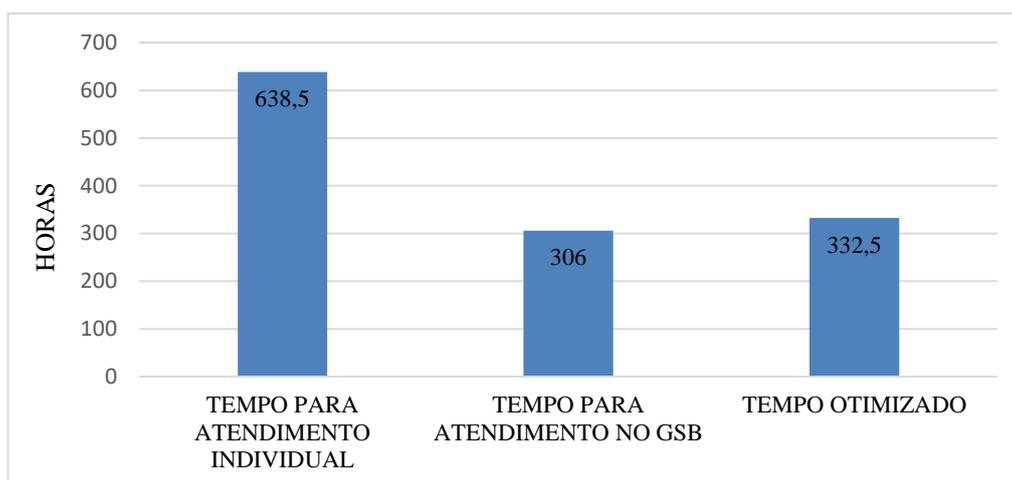
As demais 37% precisaram de atendimento clínico individual para realização de procedimentos clínicos (tabela 4). Destas, a maioria estava na faixa etária de 7 a 12 anos com 60%, seguida da faixa de 3 a 6 anos com 56% (tabela 5).

Tabela 5 – Número de participantes distribuídos de acordo com a faixa etária e a necessidade de tratamento odontológico. Florianópolis, SC, janeiro de 2014 a novembro de 2017.

Grupo de Saúde Bucal por faixa etária	Retorno ao GSB	Tratamento curativo em consultório odontológico
0 a 6 meses	255 (98%)	6 (2%)
7 meses a 2 anos	203 (71%)	81 (29%)
3 a 6 anos	133 (44%)	170 (56%)
7 a 12 anos	173(40%)	256 (60%)
<b>TOTAL</b>	<b>764</b>	<b>513</b>

Ao considerar o atendimento individual tradicional em consultório odontológico, para o atendimento das 1277 crianças que participaram do GSB, seriam necessárias aproximadamente 638,5 horas de atendimento. Já, para a realização dos grupos, no período analisado, foram necessárias 306 horas de trabalho, restando, aproximadamente, 332,5 horas, ou seja, o tempo utilizado para a realização das primeiras consultas odontológicas das crianças no GSB foi 52,8% menor do que se fossem feitas individualmente e ainda permitiu um aumento de aproximadamente 665 vagas para consultas odontológicas destinadas a toda população da área de abrangência do CSA (figura 1).

Figura 2 - Comparativo entre horas necessárias para atendimento individual x horas necessárias para atendimento no GSB e horas otimizadas. Florianópolis, SC, janeiro de 2014 a novembro de 2017.



## 6. DISCUSSÃO

O atendimento em grupo integra as práticas realizadas na Atenção Básica, o qual tem sido incentivado pela PNAB (BRASIL, 2012), PNPS (2006), PNSB (2006) e pelo Protocolo de Atenção à Saúde Bucal do município de Florianópolis – SC (FLORIANÓPOLIS, 2006).

A tarefa primordial de um grupo é abrir espaços para a escuta das necessidades das pessoas e para a sua informação, de forma que a informação circula, da experiência técnica à vivência de cada indivíduo, a fim de produzir transformações das práticas de saúde (KIEFER; DE MENEZES; AVELINO, 2016).

A sua realização pode estar ligada à organização dos serviços, enquanto forma de acesso, o qual auxilia como estratégia para organização do excesso de demanda. Esse acesso diz respeito à quantidade em termos de números de atendimentos e à qualidade do cuidado na direção de uma atenção integral (VINCHA et al., 2017). Por outro lado, pode ocorrer simultaneamente a produção de novas demandas, através do contato no grupo com pessoas que usualmente não frequentavam o serviço, mas que necessitam de cuidados (FERREIRA NETO; KIND, 2010).

Em relação às regras de organização dos grupos, existem distintas possibilidades, sendo que essas dependerão do objetivo do grupo (VINCHA, AMANDA DE FARIAS SANTOS, 2017). A média de crianças participantes por encontro neste estudo foi 8,4. Em revisão de literatura realizada por Vincha, Santos e Cervato-Mancuso (2017) com o objetivo de apresentar um panorama do planejamento de grupos operativos realizados com usuários de serviços de saúde, analisou-se que em 12 estudos, o número de participantes por encontro variou de 5 a 25.

A média de participantes no grupo estudado pode ser vista de maneira positiva pois Afonso (2010) refere que grupos pequenos, de 5 a 12 participantes favorecem a reflexão e a criatividade. O coordenador deve se sentir confortável com o número de pessoas e sentir que as necessidades principais dos participantes estão sendo atendidas. O tamanho do grupo não pode exceder o limite que ponha em risco a comunicação visual e auditiva e ainda favorecer a possibilidade de todos se manifestarem e se sintam assistidos (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Cabe destacar que apesar das atividades para a faixa etária de 0 a 6 meses terem sido realizadas com maior frequência, 42 encontros totalizando 261 participantes, os grupos com maior número de participantes foram os de 7 a 12 anos, 38 encontros e 429 participantes, seguidos dos da faixa de 3 a 6 anos, 35 encontros e 303 participantes. Logicamente, o intervalo de tempo das faixas etárias dos subgrupos é diferente, contudo é sabido que conforme aumenta a idade, cresce a frequência de crianças que consultam o CD (SCHWENDLER; FAUSTINO-

SILVA; ROCHA, 2017).

Esse aumento gradual pela procura do serviço odontológico também foi encontrado em estudo realizado por Kramer et. al (2008). Das crianças menores de 2 anos, apenas 4,3% já haviam consultado o CD; entre 2 e 3 anos, o percentual foi de 11,2% e entre aquelas maiores de 3 anos de idade o percentual foi de 26,2% (KRAMER et al., 2008). Tal fato pode ocorrer devido à necessidade de intervenção nos problemas bucais que se tornam mais prevalentes de acordo com o aumento da idade, como a cárie dentária (SCHWENDLER; FAUSTINO-SILVA; ROCHA, 2017). Além disso, o medo e a ansiedade, experiência prévia negativa e a baixa autopercepção de necessidades bucais, são fatores que dificultam o acesso pois podem postergar a procura serviço odontológico por parte dos pais e impactar nos cuidados de saúde bucal das crianças que chegam ao serviço numa faixa etária maior e com uma maior carga de doença. (CAMARGO et al., 2012).

O pouco conhecimento dos responsáveis sobre questões que envolvem a primeira consulta odontológica da criança e aspectos culturais que indicam que crianças até o primeiro ano de vida não necessitam ir ao dentista também podem interferir na procura pelo serviço odontológico em idades precoces (SCHWENDLER; FAUSTINO-SILVA; ROCHA, 2017). FAUSTINO-SILVA (2015) refere que a abordagem do bebê ainda nos primeiros seis meses de vida é importante, pois deveria servir para a introdução de métodos educativo-preventivos, possibilitando um maior envolvimento dos pais quanto aos cuidados com dieta, aleitamento materno, hábitos de higiene bucal, bem como hábitos saudáveis. Entretanto, no Brasil, ainda não há estudos que comprovem a relação custo-benefício de qualquer protocolo de atendimento em idade precoce. Estes auxiliariam de modo significativo a tomada de decisões e estratégias de atenção que permitissem uma maior alocação de recursos financeiros em termos de saúde pública (KRAMER, 2008).

A PNSB (2006) refere que compete ao CD planejar, organizar, supervisionar e avaliar as ações coletivas e somente em última instância, ser o responsável técnico-científico por tais ações. Estas devem ser feitas, preferencialmente pelo TSB, ASB e ACS. Contudo, cabe destacar que a atividade diagnóstica, realizada no momento final do encontro, é privativa do CD (BRASIL, 2006). A indisponibilidade de recursos humanos aparece como elemento que pode corroborar com a participação pouco significativa de ASB e ACS nos encontros, pois, no período analisado, apesar do CSA contar com três eSB modalidade I, duas ASBs encontram-se

afastadas das atividades laborais, bem como a existência de seis áreas descobertas devido ao número insuficiente de ACS.

Em relação a participação de outros profissionais que não o CD em 49 dos 153 encontros realizados, a PNSB (2006) traz ser altamente recomendável que ações de saúde bucal sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional. Orientações sobre saúde bucal, como as abordadas no segundo momento do grupo analisado, não são tarefas unicamente do CD, mas dos profissionais de saúde que atendem as crianças e suas famílias (CAMARGO et al., 2012).

Camargo (2012), em estudo realizado com pré-escolares na cidade de Pelotas/RS, analisou que 45% das mães receberam orientação sobre prevenção em saúde bucal. Dessas, menos de 20% foram realizadas por outros profissionais da equipe. A representação social de um especialista, no caso o CD, que domina e soluciona os requerimentos sobre alimentação e higiene, está em contraposição à transdisciplinaridade, essencial para atividades como a em questão (BOTELHO, 2016).

Já a participação do residente da REMULTISF está de acordo com o modelo pedagógico da mesma, que compreende o aprender fazendo. No âmbito da ESF, a educação em saúde é uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem o serviço, sendo assim, o processo de formação fundamenta-se na educação no trabalho, para o desempenho de suas atividades no SUS, tendo por base o modelo assistencial proposto pela ESF (BOARETO, 2011).

A manutenção e o retorno programado orientado aos 63% dos participantes que não apresentaram alteração durante o exame bucal visam manter a saúde bucal, assim, os usuários que vêm se mantendo saudáveis, devem ser agendados para acompanhamento periódico e reforço do autocuidado.

Faz-se importante considerar a atividade da doença nas atividades educativo-preventivas, porém não significa a exclusão dos indivíduos sem atividade de doença dos grupos de controle ou manutenção, o que corresponde ao que é desenvolvido no GSB (BRASIL, 2006). Ainda, a atenção a grupos com maior risco, com foco em suas necessidades em saúde, é uma forma de assegurar a equidade, (OLIVEIRA, 2008).

É sabido que ocorre maior utilização dos serviços de saúde por pessoas com maior renda, escolaridade e com melhor percepção de saúde bucal (ARAÚJO et al., 2009) e que as desigualdades sociais refletem quase sempre no padrão de saúde-doença da população (PERES et al., 2017). Cabe considerar que neste estudo o objeto de análise foram as crianças de 0 a 12 anos participantes do GSB e não o total de crianças da área de abrangência do CSA. Dessa

forma, estas últimas devem receber um olhar atento da eSB, pois pode ser que nelas se concentre uma carga ainda maior de doença.

De acordo com MELO et al.(2011), em estudo realizado com pré-escolares de 18-36 meses e 5 anos de idade e Oliveira e Sheiham (2008), em levantamento com pré-escolares de 1 a 5 anos, as alterações bucais aumentam com a idade, conforme observado neste estudo. Peres et al., (2017) referem que o acúmulo de riscos sócio biológicos que atuam de modo contínuo com o avançar da idade seriam uma das possíveis explicações para este resultado. Estas condições influenciam o risco de uma criança ser acometida pela cárie precocemente, a partir da erupção dos primeiros dentes, além de aumentar a probabilidade de desenvolver agravos na próxima dentição. Além disso, ainda existem as questões culturais, como a desvalorização da dentição decídua (MELO et al., 2011).

Estudo realizado por Faustino-Silva et al., (2008) referem que a maioria dos pais leva seus filhos ao dentista por volta dos dois e três anos de idade, quando a dentição decídua já está completa e, em alguns casos, o processo cariioso já está instalado. A primeira consulta odontológica da criança deveria servir como uma estratégia para reduzir a prevalência e os agravos em saúde bucal, bem como os custos com serviços de intervenção em saúde, pois crianças que visitaram o CD até o primeiro ano de vida, apresentam menores chances de realizarem procedimento odontológico de urgência ao longo da infância (Lee et al., 2006).

A ampliação do acesso à atenção odontológica a crianças de 0 a 12 anos foi constatada através da estratégia de grupo analisada, ao se considerar a otimização das primeiras consultas odontológicas para este público (figura 2). Isso reflete, além de maior oportunidade de acesso ao restante da população do CSA à atenção odontológica em decorrência do aumento do número de vagas, em um melhor aproveitamento do tempo dispendido pelas eSB nos outros serviços oferecidos à comunidade. Maffaccioli (2011) destaca que, para além da real efetividade das atividades de grupo como assistência resolutiva, sua utilidade pode ser visualizada ao responder ao elevado número de procura por atendimentos, configurando-se como estratégia de demanda.

## **7. CONCLUSÃO**

As ações e serviços em saúde bucal devem resultar de um adequado conhecimento acerca das estratégias utilizadas, para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutive. Assim, o presente estudo teve o objetivo de analisar a estratégia de grupo desenvolvida numa unidade básica de saúde sob a perspectiva de ampliação do acesso à atenção odontológica.

O estudo mostra que a procura pelo serviço aumenta gradualmente conforme aumenta a idade das crianças bem como a necessidade de tratamento odontológico.

Os encaminhamentos realizados no GSB se mostraram uma forma equitativa de manejar a demanda à assistência odontológica ao priorizar o atendimento em consultório odontológico das crianças com atividade de doença da mesma forma que visa manter a saúde bucal dos que não apresentaram alterações, através da possibilidade de retorno ao GSB para monitoramento.

A estratégia adotada cumpre com seu objetivo ao possibilitar a otimização do acesso a crianças de 0 a 12 anos na atenção odontológica da AB, considerando a otimização do tempo utilizado em 52,8%.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A integração de consultas de pré-natal e puericultura às ações de saúde bucal, como os encontros de saúde bucal destinados a faixa etária de 0 a 6 meses e 7 meses a 2 anos, pode auxiliar na elevação da utilização precoce e preventiva do serviço odontológico, o que tem implicações para a melhoria da educação em saúde bucal e para a redução do diagnóstico tardio das crianças.

Além disso, é preciso prover os serviços de pessoal auxiliar e capacitar as unidades de atenção primária para estimular o uso de serviços odontológicos regularmente. Ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças bucais devem ser mantidas sem prejuízo de medidas para aprimorá-las com vistas a reduzir a severidade dos agravos

A estratégia adotada permite trabalhar com os dois principais indicadores de saúde bucal: cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, realizados no terceiro e no último momento do grupo. Estes permitem monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde bucal referentes à AB, visando à prevenção à agravos bucais (BRASIL, 2006). Ainda, se estabelece enquanto ação permanente, em razão de ser uma proposta de fácil execução e reprodutibilidade nos contextos da AB.

Por fim, os grupos são instrumentos educativos e neles se reconhece o papel de potencial terapêutico e de educação em saúde. Dessa foram, destaca-se a importância de aprofundar o olhar para a perspectiva do mesmo enquanto promotor de saúde, para as práticas educativas realizadas bem como para os envolvidos neste processo grupal, afim de otimizar a estratégia adotada.

## 8. REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. Como construir uma proposta de oficina. In: AFONSO, M. L. M. (Org.). Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 133-230

ALEXANDRE, V.P et al. Avaliação de gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde e usuários do SUS sobre a Política de Promoção da Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 6, p. 171-176, 2016.

ARAÚJO, C. S. DE et al. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1063–1072, maio 2009.

BARROS, F. P. C. DE et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 264–271, 2016.

BAUMEL, D. et al. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 168–175, 2009.

BOARETO, P. P. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família (ESF). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2011. Monografia. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm) Acesso em: 18 abr 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: < [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)> Acesso em: 18 abr 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2.000. Disponível em: [http://www.mp.gov.br/por-talweb/hp/2/docs/portaria1444\\_28\\_12\\_00.pdf](http://www.mp.gov.br/por-talweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf) Acesso em 12 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cisb/.../politica\\_nacional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/.../politica_nacional.pdf)>. Acesso em: 06 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística-IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios: Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde – 2008. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informação da Atenção Básica. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades\\_saude/populacao/uls\\_2012\\_index.php](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2012_index.php). Acesso em: 25 maio 2017.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 599/GM de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599\\_23\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html). Acesso em 19 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde, v. 4, 60p. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos\\_vol4.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf) Acesso em: 20 abr 2017.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_proggestores\\_livro8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_proggestores_livro8.pdf) Acesso em: 20 abr 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf) Acesso em: 13 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília, 2008. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao\\_basica.phpsaude\\_dafamilia](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.phpsaude_dafamilia) Acesso em: 06 de mai. 2017.

BRASIL. 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, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm)>. Acesso em: 05 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 06 de mai. 2017.

BULGARELI, J.Q. Atenção básica e secundária comparando os modelos de atenção existentes no município de Marília / SP. 2011. Trabalho de conclusão de curso (dissertação) - mestrado em odontologia em saúde coletiva, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.

BULGARELI, J.Q. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 19, n. 2, p. 383–391, 2014.

CAMARGO, M. B. J. et al. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 87–97, 2012.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev APS**, v. 12, n. 2, p. 221–227, 2009.

DINIZ, V. M. S. Desenvolvimento de um instrumento para avaliação da Atenção em Saúde Bucal das crian-

ças de zero a cinco anos na Rede SUS: validação de conteúdo e reprodutibilidade. 2015. Trabalho de conclusão de curso (dissertação) - mestrado profissional em odontologia em saúde pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

FARIAS, M. R. DE. Análise da integração da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. 2009. Trabalho de conclusão de curso (dissertação) - mestrado acadêmico em saúde pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

FAUSTINO-SILVA, D. D. Entrevista motivacional na prevenção da cárie precoce da infância na atenção primária à saúde. p. 68, 2015.

FERREIRA, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1119–1142, 2010.

FIGUEIREDO, P. B. DE A.; SILVA, A. R. Q. DA; SILVA, B. Q. DA. Perfil do atendimento odontopediátrico no setor de urgência e emergência da clínica odontológica do Centro Universitário do Pará. **Arq. Odonto**. v. 49, n. 2, p. 88–95, 2013.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde Bucal; 2006. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.42.19.eba50c922dc05a3827b80f134b84f477.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.42.19.eba50c922dc05a3827b80f134b84f477.pdf). Acesso em 19 jun. 2016.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. População Florianópolis 2015. Distrito Sanitário Centro. Centro de Saúde Agrônômica. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades\\_saude/populacao/uls\\_2015\\_index.php](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2015_index.php). Acesso em: 11 mai 2017.

FURLAN, P. G. Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional. 2012.

IBGE. Censo demográfico 2010. Estimativa 2015. Acesso em: [http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades\\_saude/populacao/uls\\_2013\\_index.php20\\_10](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2013_index.php20_10). Disponível em: 25 mai 2017.

KIEFER, K.; DE MENEZES, P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 124–130, 2016.

KRAMER, P. F. et al. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 150–156, 2008.

HERMIDA, M.V. et al. Registro e avaliação das práticas de promoção da saúde nos grupos da atenção primária. **Revista enfermagem**. Recife, v. 10, n. 12, p. 4581–90, 2016.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M.J.M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 973-982, 2011.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683–1694, 2016.

MELO, M. M. D. C. DE et al. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 471–485, mar. 2011.

NARVAI, P.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 6, p.385-93, 2006.

NAYME, J.G.R. Organização da demanda no serviço Odontológico do Sistema Único de Saúde. 2012. 80 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2012.

NORO, L. R.A. et al. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1509–1516, 2008.

OLIVEIRA, R. S. DE. Acesso aos serviços de saúde bucal e avaliação da satisfação de usuário em Olinda –

PE. 2008.

PERES, J. et al. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1905–1911, 2017.

PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s146–s157, 2012.

RODRIGUES, A. A. de O; FONSÊCA, G.S; SIQUEIRA, D.V.S.; ASSIS, M. M. A. Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des) construção da integralidade em Feira de Santana. **Revista de APS**, v. 13, n. 4, p. 476–485, 2010.

SABADIN, L. F.; LODI, C. S. Propostas para a organização prática das ações de saúde bucal na unidade básica de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 23, n. 1, p. 26–36, 2011.

SANTOS, A. M. DOS. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: Ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituístes. **Revista APS**, v. 9, n. 2, p. 190–200, 2006.

SOARES, F.F. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, 2011.

SCHIMITH, M.D. et al. Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia saúde da família: impactos em Santa Maria (RS). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 163-182, 2017.

SCHWENDLER, A.; FAUSTINO-SILVA, D. D.; ROCHA, C. F. Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 201–207, 2017.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.726p.

TEIXEIRA, C. "Os princípios do Sistema Único de Saúde". Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf). Acesso em 10 abr 2017.

TAVARES, Roseli Pereira et al. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 628-635, 2013.

VINCHA, K.R.R.; SANTOS, A.F.; CERVATO-MANCUSO, A.M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários e serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde Debate**, v. 41, n. 114, p. 949–962, 2017.

VINCHA, K.R.R. et al. “Então não tenho como dimensionar”: um retrato de grupos educativos em saúde na cidade de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p. e00037116, 28 set. 2017.

World Health Organization. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978.



## ANEXO I

**GRUPO DE SAÚDE BUCAL - Faixa etária: 0 a 6 meses**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da criança	Data de Nascimento	Responsável	Amamentação exclusiva (Sim ou Não)	Alimentação complementar (Sim ou Não) ↓ Tipo	Uso de chupeta (Sim ou Não) ↓ Tipo	Dorme com a mãe (Sim ou Não)	Exame Clínico	Encaminhamento (Descrição do agravo)
1.								
2.								

**GRUPO DE SAÚDE BUCAL - Faixa etária: 7 meses a 2 anos**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da criança	Data de Nascimento	Responsável	Mamada Noturna (Sim ou Não)	Uso de chupeta (Sim ou Não)	Consumo de Sacarose (Alto, Médio ou Baixo)	Frequência de Escovação (nº de vezes/dia)	Exame Clínico	Encaminhamento (Descrição do agravo)
1.								
2.								

**GRUPO DE SAÚDE BUCAL - Faixa etária: 3 a 6 anos**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da criança	Data de Nascimento	Responsável	Uso de chupeta (Sim ou Não)	Consumo de Sacarose (Alto, Médio ou Baixo)	Frequência de Escovação (nº de vezes/dia)	Exame Clínico	Encaminhamento (Descrição do agravo)
1.							
2.							

**GRUPO DE SAÚDE BUCAL - Faixa etária: 7 a 12 anos**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da criança	Data de Nascimento	Responsável	Frequência de Escovação (nº de vezes/dia)	Uso de fio dental (Sim ou Não)	Consumo de Sacarose (Alto, Médio ou Baixo)	Exame Clínico	Encaminhamento (Descrição do agravo)
1.							
2.							

## ANEXO II



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

CI 012/SMS/GAB/ESP/2017

Florianópolis, 17 de Agosto de 2017.

**DE:** COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE - CAPPS  
**PARA:** DISTRITO SANITÁRIO CENTRO – CENTRO DE SAÚDE AGRÔNOMICA  
**ASSUNTO:** EXECUÇÃO DE PESQUISA

Informamos que a pesquisa intitulada **“ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DE ACESSO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O CASO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC”** da pesquisadora responsável residente PAOLA BERTONCELLO, foi avaliada pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde em conjunto com a Coordenação de Saúde Bucal e está **autorizada** para execução.

De posse do **Ofício 037 SMS/GAB/ESP/2017**, a pesquisadora deverá fazer contato com a Coordenação do Centro de Saúde da Agornômica para articular o início da coleta, respeitando os fluxos e disponibilidade do serviço e **o sigilo dos dados acessados**.

O período autorizado para a coleta de dados é de 21/08/2017 a 21/01/2018.

Caso seja necessária a prorrogação do período, a pesquisadora deve contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para a emissão de novo ofício.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço [espfloripa@gmail.com](mailto:espfloripa@gmail.com)

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

*Evelise Ribeiro Gonçalves*

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS/SMS  
Escola de Saúde Pública de Florianópolis

Av. Professor Henrique da Silva Fontes, 6100  
CEP 88036-700 | Trindade - Florianópolis – SC  
[educaemsaude@gmail.com](mailto:educaemsaude@gmail.com)  
F: 3239.1593