



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCIO ANDERSON CARDOZO PARESQUE

**ANÁLISE DO PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO
DE TAUÁ-CE**

SOBRAL-CE

2014

MARCIO ANDERSON CARDOZO PARESQUE

**ANÁLISE DO PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO
DE TAUÁ-CE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar.

Orientador: Prof. Dr. Edson Holanda
Teixeira

SOBRAL-CE

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- P254a Paresque, Marcio Anderson Cardozo.
ANÁLISE DO PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE TAUÁ-CE / Marcio Anderson
Cardozo Paresque. – 2014.
86 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2014.
Orientação: Prof. Dr. Edson Holanda Teixeira.
1. Saúde Bucal. 2. Programa Saúde da Família. 3. Organização. 4. Processo de Trabalho. 5. Gestão. I.
Título.

CDD 610

MARCIO ANDERSON CARDOZO PARESQUE

**ANÁLISE DO PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO
DE TAUÁ-CE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar.

Orientador: Prof. Dr. Edson Holanda
Teixeira

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edson Holanda Teixeira (Orientador)
(Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará - UFC)

Prof.^a Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias
(Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA)

Prof. Dr.^a Cibelly Aliny Siqueira Limas Freitas
(Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA)

Dedico aos meus pais, Vera e Joel, ao meu
companheiro Oberdan Portela e a minha irmã
Camila por todo o amor e cuidado.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus que sempre me foi fiel e que me sustentou durante todo este processo, juntos aos anjos e a intercessão de Nossa Senhora.

Ao meu melhor amigo e companheiro Oberdan, que acompanhou de perto todas as fases e literalmente segurou na minha mão para que eu pudesse finalizar esta etapa. Sem você não teria sido possível! Serei eternamente grato ao amor, respeito, admiração e cumplicidade que tem por mim.

Aos meus pais, Vera Cardozo e Joel Paresque, que abdicaram dos seus quereres para me ver alcançar vitórias e que em todos os momentos me enchem de energia para ter força de enfrentar mais uma batalha.

A minha irmã Camila Paresque, ser tua referência me impulsiona a querer sempre mais.

Ao meu orientador, Edson Holanda. Meus sinceros agradecimentos pela confiança, por acreditar no meu potencial e pela paciência que teve comigo. Suas intervenções vieram sempre em momentos chaves pra clarear a minha visão.

A toda a equipe de saúde do CSF de Vila União, em especial a minha eterna gerente Aldecira, que segurou as pontas para que eu pudesse cursar as disciplinas, e sem dúvidas as amigas Margarida e Helma, que foram fundamentais em todas as etapas. Todos farão parte da minha vida pra sempre.

As amigas/irmãs Lidiany Tributino e Fabiana Lima que sonharam junto comigo esta realidade.

Aos amigos, Michele Almagro, Ana Freire, Angelo Brito, Gilmário Rebouças, Cheila Portela, Ianna Mourão, Mariana Lima, Taynan Fernandes, Olivian Queiroz, Ana Helena Bonfim, Roberta Marinho, Francisca Lopes, Adriano Filgueira, Timbó Neto e Cássia Tavares que me incentivaram durante a trajetória.

Aos queridos Camila Chaves e Éder Chaves pelo grande apoio na etapa final.

A minha grande amiga Ademária Temóteo, que foi mais que compreensiva comigo.

As Professoras Socorro Dias e Cibelly, por todas as contribuições neste estudo e na vida, vocês são minha inspiração!

A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) e a todos (as) que fazem parte desta família, meu sincero agradecimento e aprendizado.

A minha eterna equipe 4, que viveram todas as dores e delícias de ser amante do SUS: Ana Helena, Léo, Angelo, Cris, Leila, Paula, Clemilson, Érika, Lidy, Faby e Loíse e meus eternos residentes, também equipe 4 Osvaldene, Aniely, Cássia, Rafael, Magda e a querida amiga e companheira Idalice.

Aos professores Geison Lira, Roberta Lira, Maristela Osawa, Socorro Dias, Angelo Brito, Isabelle Mont`Alverne, Cibelly Aliny, Andréa Moreira, Maria Adelane, Vicente Pinto e Paulo Roberto, com vocês amadureci meus conhecimentos e saio outro profissional deste mestrado.

*Mudaram as estações
nada mudou
Mas eu sei que alguma coisa aconteceu
Tá tudo assim, tão diferente*

*Se lembra quando a gente
chegou um dia a acreditar
Que tudo era pra sempre
sem saber
que o pra sempre
sempre acaba*

*Mas nada vai conseguir mudar
o que ficou
Quando penso em alguém
só penso em você
E aí, então, estamos bem*

*Mesmo com tantos motivos
pra deixar tudo como está
Nem desistir, nem tentar,
agora tanto faz...
Estamos indo de volta pra casa*

(Renato Russo)

RESUMO

No Brasil, a assistência odontológica pública desenvolveu-se através de modelos tecnicistas, focados na doença cárie, e de atuação prioritária aos escolares. A Política Nacional de Saúde Bucal aponta a necessidade de adequação dos processos de trabalho ao modelo de atenção, neste caso Estratégia Saúde da Família. Para tal assinala pontos como interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da atenção, condições de trabalho e parâmetros, como elementos importantes para operacionalização deste modelo. O conceito de processo de trabalho em saúde refere-se à prática dos profissionais de saúde inseridos diariamente na produção e consumo dos serviços de saúde. Foi realizado um levantamento bibliométrico com o intuito de elencar as lacunas de conhecimento para demonstrar a relevância deste estudo. Na perspectiva de embasar mudanças de práticas baseadas em evidências, este estudo se propôs a Analisar a praxi do cirurgião-dentista na organização do processo de trabalho em saúde bucal. Sendo assim, classifica-se como um estudo do tipo analítico-descritivo com abordagem quantitativa. Os cirurgiões-dentistas preencheram um questionário com informações sobre perfil e organização do processo de trabalho. Também se utilizou de indicadores de saúde bucal, obtidos a partir do SIAB, referentes ao período de julho a dezembro de 2013. Quanto ao perfil, percebeu-se que a maioria dos profissionais são do sexo masculino, apresentam entre 2 e 5 anos de formado e atuam na equipe atual desde que iniciaram o trabalho em Tauá – CE. A maioria realiza pós-graduação em Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica. Em modo geral percebe-se o processo de trabalho de forma muito satisfatória, porém alguns indicadores não correspondem a esta informação, já que a agenda de trabalho prioriza o atendimento clínico programado. Para os indicadores, destaque para a escovação supervisionada, já que a maioria das equipes ficou acima da média do município. Em contrapartida os resultados ruins em relação a incidência de alteração de mucosa, como estratégia de monitorar a busca ativa de lesões orais, evidencia a fragilidade nesta ação. Percebe-se que a hipótese de uma desorganização do processo de trabalho é uma verdade, embora, com muitos avanços, ainda existe um processo de mudanças de práxis a ser fortalecido, com apoio fundamental da gestão tanto em relação a formação, quanto no investimento de insumos, estrutura física e regulação.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Programa Saúde da Família, Organização, Processo de Trabalho, Gestão e Políticas Públicas.

ABSTRACT

In Brazil, public dental care has developed through technologic models, focused on caries disease, and priority activities for schoolchildren. The National Oral Health Policy highlights the need to adapt work processes to the model of care, in this case the FHS. For such points as points interdisciplinary and multiprofessional, comprehensive care, intersectionality, expansion and improve care, working conditions and parameters as important for operationalization of the model elements. The concept of work process in health refers to the practice of healthcare professionals involved in the daily production and consumption of health services. A bibliometric survey in order to rank the knowledge gaps to demonstrate the relevance of this study was conducted. In view of changes to base evidence-based practices, this study aimed to analyze the work process of oral health teams in the FHS in Taua - CE. Therefore, it is classified as a descriptive-analytic study with a quantitative approach. Dentists completed a questionnaire with information about profile and organization of the work process. Also used in oral health indicators, obtained from SIAB, for the period July to December 2013. As for the profile, it is realized that most professionals are male, have between 2 and 5 years after graduation and work in the current team since they began work on Taua - CE. Most conducts postgraduate Family / Primary Health Care / Primary Care Health. In general one perceives the process of working very satisfactorily, but some indicators do not match this information, since the agenda prioritizes scheduled clinical care. For indicators, highlighting the supervised brushing, since most teams remained above average for the county. In return bad results regarding the incidence of mucosal changes, such as monitoring the active pursuit of oral lesions strategy highlights the weakness in this action. It is noticed that the hypothesis of a disruption of the work process is a fact, though, with many advances, there is still a process of changing practice to be strengthened, with major support from the management in terms of both training and in investment supplies, physical and regulatory structure.

Keywords: Oral, Family Health Program, Organization, Work Process, Health Management and Public Policy.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

Lista de Quadros

QUADRO 1 - Instrumento para fichamento e arquivo de tópicos de interesse em pesquisas bibliográficas.	32
QUADRO 2 - Estrutura Instrumento AMAQ-AB.	34
QUADRO 3: Subdimensões propostas pelo instrumento AMAQ.	36
QUADRO 4: Agenda de Trabalho semanal proposta por Souza, baseado na experiência em Porto Alegre.	62

Lista de Tabelas

TABELA 1 - Número de artigos publicados na base de dados SCIELO 2004-2013.	38
TABELA 2 - Resultados quanto ao tipo de estudo.	39
TABELA 3 - Resultados quanto a Classificação de Arana.	40
TABELA 4: Relação entre sexo e idade dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE.	42
TABELA 5: Relação entre sexo e local de atuação dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE.	42
TABELA 6: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto ao tempo de graduação.	43
TABELA 7: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à Organização do Processo de Trabalho.	45
TABELA 8: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto a trabalhar com território definido, manter vínculo com a população e se responsabilizar pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde bucal.	45
TABELA 9: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto ao planejamento das ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolvimento da comunidade no planejamento das ações.	45
TABELA 10: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à organização e compartilhamento da agenda de atendimento individual, de forma a assegurar que o processo de trabalho amplie o acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários.	46

Tabela 11: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à participação nas reuniões da equipe da Atenção Básica.	46
TABELA 12: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à realização da coordenação do cuidado em saúde bucal.	46
TABELA 13: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à utilização de estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.	47
TABELA 14: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto ao registro e monitoramento das solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades e seus retornos.	47
TABELA 15: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à oferta de atendimento à população de no mínimo 40 horas.	47
TABELA 16: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à realização de visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.	48
TABELA 17: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à realização de acolhimento à demanda espontânea em tempo integral.	48
TABELA 18: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à realização de atendimento nos casos de urgências odontológicas.	48
TABELA 19: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à utilização dos sistemas de informação para qualificar a atenção em saúde bucal.	49
TABELA 20: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à realização do monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.	49
TABELA 21: Cumprimento da carga horária de acordo com a matriz da agenda de trabalho.	49
TABELA 22: Otimização da hora-clínica.	49
TABELA 23: Quanto ao tipo de demanda.	50

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1 - Número de artigos incluídos, excluídos e duplicados, a partir dos critérios estabelecidos.	39
---	----

GRÁFICO 2: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto ao sexo.	41
GRÁFICO 3: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto a idade.	41
GRÁFICO 4: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto ao local de atuação.	42
GRÁFICO 5: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto a Pós-Graduação em áreas de Saúde Pública.	43
GRÁFICO 6: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto a Pós-Graduação em outras áreas de Saúde.	44
GRÁFICO 7: Proporção de 1ª Consulta Odontológica das Equipes de Saúde Bucal – Tauá – CE – Jul/Dez 2013.	51
GRÁFICO 8: Proporção de 1ª Consulta Odontológica à Gestante das Equipes de Saúde Bucal – Tauá – CE – Jul/Dez 2013.	52
GRÁFICO 9: Razão de Tratamento concluído – Tauá – CE – Jul/Dez 2013.	53
GRÁFICO 10: Proporção de atendimento de urgências – Tauá – CE – Jul/Dez 2013.	53
GRÁFICO 11: Proporção de instalação de próteses – Tauá – CE – Jul/Dez 2013.	54
GRÁFICO 12: Incidência de Alteração de mucosa – Tauá – CE – Jul/Dez 2013.	55
GRÁFICO 13: Proporção de Escovação Supervisionada – Tauá – CE – Jul/Dez 2013.	55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	O Contexto	15
1.2	O Percurso	17
1.3	A Justificativa	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	Programa Saúde da Família e Saúde Bucal	20
2.2	Organização e Saúde Bucal	22
2.3	Processo de Trabalho e Saúde Bucal	24
3	OBJETIVOS	26
3.1	Objetivo Geral	26
3.2	Objetivos específicos	26
4	METODOLOGIA	27
4.1	Tipo e abordagem de estudo	27
4.2	Local de estudo	28
4.3	Sujeitos de estudo	29
4.4	Métodos e procedimentos de coleta de dados	30
4.4.1	Levantamento bibliométrico	30
4.4.2	Dados primários	32
4.4.3	Dados secundários	34
4.5	Análise e Discussão dos Resultados	35
4.5.1	Dados primários	35
4.5.2	Dados secundários	36
4.5.3	Cruzamentos de Dados	36
4.6	Aspectos éticos e legais	37
5	RESULTADOS	38
5.1	Do levantamento bibliométrico	38
5.2	Perfil e percepção dos profissionais de Tauá – CE	40
5.2.1	O Perfil Sócio demográfico	40
5.2.2	Perfil de Formação	42
5.2	A percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá quanto à organização do processo de trabalho em saúde bucal	44
5.3	Os resultados dos indicadores em Saúde Bucal em Tauá – CE	50
6	DISCUSSÃO	56
6.1	A Análise do Perfil	56
6.2	A análise da percepção do cirurgião-dentista sobre a organização do processo de trabalho	57
6.3	A relação dos indicadores com o perfil dos profissionais e a organização do processo de trabalho	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
	APÊNDICE	79

1 INTRODUÇÃO

1.1 O contexto

Os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais são combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde, que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando a relação entre as populações e a composição do seu perfil epidemiológico e as necessidades sociais de saúde, historicamente definidas num determinado tempo e numa determinada sociedade (PAIM, 2009).

No Brasil, a assistência odontológica pública desenvolveu-se inicialmente através de modelos tecnicistas, focados na doença cárie, e de atuação prioritária aos escolares. Durante muitos anos o sistema incremental foi a metodologia escolhida para organizar o processo de trabalho e o serviço em saúde bucal. Essa atuação que ficava restrita aos grupos de escolares, atuava com procedimentos coletivos muito tradicionais de educação em saúde, sem participação ativa dos *alunos, professores e pais* (PARESQUE *et al*, 2009).

Esta prática individualizada, fragmentada, centrada em procedimentos clínicos, desintegrada de outras especialidades e categorias foram fatores que contribuíram para reflexão de um novo método, voltado para a Atenção Primária à Saúde (SOUZA, 2012).

A Conferência de Alma-Ata, em 1978, foi um marco importante para a promoção de saúde visto que orientava para uma responsabilidade dos governos em adotar a saúde como prioridade, seja através de ações sanitárias e sociais, mas fundamentalmente como um direito, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal estratégia para resolver tais demandas (STARFIELD, 2002).

A APS é um termo que envolve atualmente diversos conceitos, porém na literatura encontra-se principalmente em três interpretações (OPAS, 2011):

- A APS seletiva entendida através de ações de programas específicos, voltada para população pobre, em especial, através de tecnologias simples e de baixo custo;
- A APS como nível primário de atenção, aponta-a como modo de organizar a porta de entrada para os diversos problemas da população, em especial, os mais comuns, com caráter resolutivo;

- A APS como estratégia de organização dos serviços de saúde compreendida desta forma como articuladora principal de uma rede de atenção à saúde, para responder as necessidades, demandas e representações da população.

O Programa Saúde da Família surgiu em 1994 com o propósito de reorganizar a rede assistencial de saúde voltada para universalização do acesso e potencializar o processo de descentralização. Hoje compreendida como uma estratégia de saúde, e assim intitulada Estratégia Saúde da Família (ESF), seguiu o modelo de Atenção Primária à Saúde e tem como foco a unidade familiar e sua construção na comunidade (ANDRADE *et al*, 2012).

Reconhecendo os múltiplos conceitos de família e assumindo a pluralidade e dinâmica de suas relações na sociedade atual, que contrapõem o modelo tradicional (TRAD, 2010), a ESF ao longo desses anos vem se remodelando de forma a atuar na perspectiva de garantir a integralidade adotando táticas que potencializam ações de caráter interdisciplinar e intersetorial.

A partir da portaria nº 1.444/2000 (BRASIL, 2000), garantiu-se o incentivo financeiro para Saúde Bucal na ESF, numa perspectiva de ampliar o acesso à população a estes serviços. Em 2004, através das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), enfatizou-se o eixo de cuidado como reorientador do modelo estimulando a organização dos serviços através das ‘linhas do cuidado’ (crianças, adolescentes, adulto, idoso) e/ou por condição de vida (gestantes, diabéticos), com foco no trabalho em equipe (BRASIL, 2004).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) republicada através da portaria nº 2488/2011 (BRASIL, 2011a) reafirma a composição de uma equipe de Saúde Bucal por equipe de atenção básica ou saúde da família, podendo os profissionais que compõe a equipe de organizar-se como modalidade I (Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal), modalidade II (Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal) ou modalidade III (Profissionais das modalidades I e II que atuam em unidades móveis).

Além dessas especificidades de composição das equipes de saúde bucal na atenção básica, a PNAB apresenta as competências específicas de cada integrante desta equipe, no que cerne ao trabalho neste modelo de atenção. Vale lembrar, também, que o financiamento através do Piso da Atenção Básica-variável/Saúde bucal é garantido independente da equipe de saúde da família estar completa, especificado e detalhado nesta Política, ou seja, uma equipe definida como Equipe de Agentes Comunitários de Saúde

(EACS), que não apresenta a categoria médica em sua composição, pode solicitar a inserção de uma equipe de saúde bucal (BRASIL, 2011a).

Toma-se como entendimento que ao se referir as Equipes de Saúde Bucal (ESB), estas podem estar relacionadas aos diferentes níveis de atenção, de ordem pública ou privada, porém, neste estudo, a utilização deste termo refere-se a uma equipe de saúde bucal de atenção básica/saúde da família.

A PNSB aponta a necessidade de adequação dos processos de trabalho ao modelo de atenção, neste caso Estratégia Saúde da Família. Para tal, assinala pontos como interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da atenção, condições de trabalho e parâmetros, como elementos importantes para operacionalização deste modelo (BRASIL, 2004).

Para Peduzzi e Schraiber (2009) o conceito de processo de trabalho em saúde refere-se à prática dos profissionais de saúde inseridos diariamente na produção e consumo dos serviços de saúde.

Já Mendes Gonçalves (1992) a partir de estudos da teoria Marxista sobre o trabalho aponta três elementos como os componentes dos processos de trabalho: o próprio trabalho (que surge a partir de um fim), o objeto de trabalho (onde se aplica o trabalho) e os instrumentos de trabalho. Para tal, faz-se necessário um agente de trabalho, ou seja, o trabalhador, que individualmente não transformará o objeto de trabalho (necessita-se do outro), e que a relação entre os componentes – finalidade, objeto de trabalho, instrumentos e agente de trabalho – devem ser recíprocas.

1.2 O Percorso

Vale considerar que intelectualmente nada pode ser um problema, se anteriormente não for um problema prático, já que o conhecimento é fruto da inserção no real, de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas (MINAYO, 2003). Venho assim contextualizar, o problema do estudo e a relação deste com o percurso histórico e social do pesquisador e assim descrevê-lo de forma linear, a fim de evidenciar o que me despertou a este objeto de estudo.

Durante minha graduação pude vivenciar discussões de mudanças de práticas da saúde bucal no setor público, através da Estratégia Saúde da Família, que recentemente inseria a odontologia como integrante de sua equipe, porém sem uma diretriz que impulsionasse e explicitasse o novo. De forma superficial, acompanhei as discussões das necessidades da

academia de apresentar novas estratégias curriculares, que muito me instigava, mas não pude vivenciar para além do âmbito das discussões neste momento, pois finalizei minha graduação no ano de implantação das Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal, 2004. Afirmando apenas que nesta fase fui instigado ao desejo de tentar subsidiar elementos para tal discussão.

Apenas em 2006, tive a oportunidade de atuar profissionalmente no serviço público, especificamente numa Equipe de Saúde Bucal, em Tauá-CE. Lá me deparei com diversos desafios, infraestrutura precária, insumos insuficientes, demanda histórica acumulada, falta de integração da odontologia com os demais componentes da equipe e um modelo de organização de serviço, baseado no atendimento de segmentos populacionais, prioritariamente escolares, assim como se fazia desde a década de 1950. Tive então a primeira oportunidade de tencionar mudanças de práticas, e assim fui “experenciando” modelos organizacionais que garantissem maior acesso, integralidade e equidade a população. Amadurecia aí meu ar de militância pelo SUS.

Na perspectiva de evidenciar que a mudança de prática organizacional do processo de trabalho era possível, interessei-me em fazer a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no município de Sobral-CE, ao qual pude iniciar em 2008. Este cenário de prática, que sugere e induz “experimentar”, me permitiu implantar um modelo de organização que garantisse a consulta programada e sua continuidade, além do acesso das demandas agudas, de forma mais resolutiva, através de uma Triagem com classificação de risco.

Tal estratégia permitiu que a Unidade de saúde ao qual eu trabalhava, se tornasse alvo de vivências acadêmicas, através de estágios do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, de forma a provocar nos alunos a possibilidade de uma mudança. Pude perceber que a proposta pedagógica do curso já era bem mais avançada que a vivenciada por mim, entre 2000 e 2004, porém, os relatos dos alunos eram que práticas inovadoras, voltadas para promoção da saúde, de forma organizada, não era a realidade em outras unidades e que, segundo os mesmos havia uma desorganização do serviço.

Souza (2012) afirma que o trabalho em saúde é coletivo em busca do resultado que é a assistência às pessoas, porém observa que muitos profissionais que realizam ‘ações isoladas e justapostas’, sem qualquer tipo de articulação entre as categorias profissionais, comprometendo a integralidade.

Esta experiência com os acadêmicos reforçava ainda mais a necessidade de perceber como se dava a organização dos processos de trabalho e se de fato eles estavam como relatados. De que forma poderia impulsionar tal mudança?

Durante o ano de 2012, iniciei o trabalho de supervisão de saúde bucal, ainda em Sobral, de forma a acompanhar mais de perto as demais equipes para subsidiar os momentos de educação permanente e a monitorar os indicadores. As diferentes formas de organização, a discrepância nos resultados dos indicadores e os diferentes perfis profissionais me instigavam cada vez mais a querer entender se havia alguma relação entre elas.

Concomitante a esta etapa comecei a cursar o mestrado Acadêmico em Saúde da Família em 2012, na linha de pesquisa de ‘Gestão de Sistema e Serviços de Saúde/Saúde Bucal’, onde fui provocado a refletir de que forma poderia produzir conhecimento dentro das minhas inquietudes.

Com todo este percurso, e diversas inquietudes surgidas no decorrer da prática, embasados teoricamente a partir do mestrado, surgiram as seguintes perguntas: Como as Equipes de Saúde Bucal organizam seus processos de trabalho? Qual a percepção do cirurgião-dentista sobre sua prática de organização do processo de trabalho na ESF? O perfil do profissional influencia nesta prática? Os resultados dos indicadores são influenciados pelo perfil do profissional e forma de organização do processo de trabalho?

1.3 A Justificativa

A PNSB apresenta pressupostos e direcionamentos para que as equipes de saúde bucal organizem seus processos de trabalho, porém, poucos estudos evidenciam as mudanças de práticas a luz da política. O cotidiano da gestão confirma uma organização individualizada, segmentada e focalizada, assim como os modelos que antecederam a ESF (ANTERO, 2010).

Este estudo tem a pretensão de gerar resultados que possam estimular reflexões na gestão e nos profissionais desta área acerca da organização dos processos de trabalho e instigar novos estudos, portanto não se caracteriza como pesquisa avaliativa.

Na perspectiva de embasar mudanças de práticas baseadas em evidências, este estudo se propõe a analisar a praxi do cirurgião-dentista na organização do processo de trabalho em saúde bucal. Optou-se pelo município de Tauá – CE, pois este tornou-se campo de prática de pesquisadores e tem um contexto importante no cenário da Saúde Pública no Brasil atualmente por ser o município piloto para intervenção do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), através do projeto de Planificação da Atenção Primária à Saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Programa Saúde da Família e Saúde Bucal

A incorporação da Saúde da Família como estratégia na reorganização da atenção básica é um dos pressupostos da PNSB, em consonância com a proposta do MS em ter a ESF é o modelo assistencial estruturante no Brasil (BRASIL, 2004).

Através de uma revisão de literatura, Nickel *et al* (2008) apresentam os modelos assistenciais em saúde bucal, que surgiram a partir do modelo de sistema incremental, com maior destaque nas publicações científicas. Além deste são citados o Programa de Inversão da Atenção, a Atenção Precoce em Odontologia e o próprio PSF. Este é apontado como a melhor proposta de atenção à saúde visto que é voltado para o núcleo familiar e não para uma clientela específica como se propõe os outros modelos. Mesmo assim, o autor identifica falhas no que se refere à universalidade e integralidade da atenção, em especial nas ações de promoção da saúde.

Esta constatação é reforçada nesta revisão já que dos 25 artigos remanescentes deste cruzamento, apenas um tem por objetivo verificar as práticas preventivas e educativas e a existência de mecanismos de monitoramento e avaliação da realização das mesmas (ALMEIDA e FERREIRA, 2008) e outro avaliarem o conhecimento dos professores da rede pública sobre saúde bucal (ARCIERI *et al*, 2013).

Almeida e Ferreira (2008) afirmam que das ações de promoção à saúde propostas pela PNSB, apenas a fluoretação das águas não está ligada a prática do cirurgião-dentista. Ressaltam que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não fornece informações detalhadas para acompanhar tais ações. Afirmam, enfim, que as ações não devem se limitar a prevenção da doença cárie em escolares, necessitando haver uma ampliação das atividades para além da unidade de Saúde.

Já Arcieri *et al* (2013) relataram o pouco conhecimento dos professores sobre saúde bucal, sendo importante a atuação do cirurgião-dentista na inclusão destes educadores dentro dos programas educativos-preventivos em saúde bucal, a fim de disseminar mais facilmente a informação e ter maior impacto das ações no ambiente escolar, fortalecendo a intersetorialidade.

Alguns estudos apontam a importância dos levantamentos epidemiológicos para subsidiar o planejamento das ações em saúde bucal no âmbito da ESF, considerando o

princípio da equidade. Evidenciaram-se aqui estudos relacionados a determinar a prevalência de cárie e outras doenças bucais em pré-escolares, escolares beneficiários do programa bolsa família e idosos com déficit nutricional (ALMEIDA *et al*, 2009; OLIVEIRA *et al*, 2013; MESAS *et al*, 2010).

A categoria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é uma das peças centrais para caracterizar uma equipe de atenção básica em equipe de saúde da família. Diante da importância destes atores, alguns autores apontam que uma das inovações a ser desenvolvido pelas equipes de saúde bucal, quanto às práticas de promoção da saúde, integração com a equipe e interdisciplinaridade é o envolvimento dos ACS, tanto nas ações coletivas de prevenção, como na orientação individual das famílias através das visitas domiciliares (RODRIGUES *et al*, 2010; MORETI-PIRES *et al*, 2011; HOLANDA *et al*, 2012).

Martelli *et al* (2010) realizaram um estudo para conhecer o perfil dos cirurgiões-dentistas que atuavam no PSF, no estado de Pernambuco, tomando alguns aspectos referentes à capacitação, formação e adequação da prática. Contatou-se que a mudança do modelo de atenção inclui a reorganização da prática odontológica e da adequação do perfil desses profissionais no que diz respeito às responsabilidades no âmbito das equipes.

Busato *et al* (2011) avaliam a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto ao conhecimento da técnica do ART. O estudo afirma que esta técnica contribui para minimizar alguns desafios da organização do processo de trabalho a partir do momento que ela se propõe a ser menos traumática, mais resolutiva e com possibilidades de melhorar o pronto-atendimento.

Quanto a Organização do Processo de Trabalho, a pesquisa identificou artigos que analisavam as relações entre a ESB e os usuários através do acolhimento (SANTOS *et al*, 2007), identificando de potencialidades e fragilidades no aprimoramento das ações em saúde bucal a luz da PNSB (FACCIN *et al*, 2010) e realizavam considerações sobre a adequação das condições de trabalho, sejam estruturais e de apoio a formação, para consolidação de um novo jeito de fazer saúde bucal (ROCHA e ARAÚJO, 2009).

Percebeu-se que as dificuldades para condução dessa nova práxis vão desde o acesso aos serviços de saúde bucal, passando pela baixa resolubilidade, com práticas centradas na queixa, precariedade na estrutura física, até a insipiência no que se refere ao incentivo da gestão no apoio a educação permanente, na viabilidade de insumos e no

incentivo às mudanças (SANTOS *et al*, 2007; FACCIN *et al*, 2010; ROCHA e ARAÚJO, 2009).

A predominância no cruzamento Saúde Bucal e PSF foram de estudos avaliativos, em especial sobre a inserção da odontologia na ESF (MATOS e TOMITA, 2004; SOUZA e RONCALLI, 2007; PEREIRA *et al*, 2009; LOURENÇO *et al*, 2009; GIUDICE *et al*, 2013; MOURA *et al*, 2013). Tais autores apontaram em comum à importância da inserção da saúde bucal no PSF, o reconhecimento da equipe e da população sobre a necessidade do serviço, assim como algumas experiências pontuais de práticas a luz da PNSB, porém todos reforçam ainda o pouco avanço do modelo assistencial em saúde bucal, a necessidade de implementação das diretrizes curriculares quanto à formação em Odontologia, que reflete na prática individualizada e tecnicista, a falta de capacitação das ESB, a demanda social reprimida, os baixos salários e as condições precárias de trabalho.

Outro estudo avaliativo referiu-se em avaliar as ações em saúde bucal, apontando o aumento do conhecimento dos usuários sobre o autocuidado, sobre a oferta do serviço da rede pública e sobre a satisfação dos mesmos quanto à qualidade das ações (EMMI e BARROSO, 2008).

Já Terreri e Soler (2008) avaliaram dois critérios de cadastramento das condições de saúde bucal para priorização do atendimento odontológico, para subsidiar a melhor estratégia em levantamentos epidemiológicos, em prol do planejamento das ações.

2.2 Organização e Saúde Bucal

A PNSB aponta a importância de levantamentos epidemiológicos para conhecer o perfil da população ao qual a ESB prestará assistência, de forma a subsidiar seu planejamento (BRASIL, 2004).

Evidenciou que a maioria dos artigos no cruzamento dos descritores organização e saúde bucal estão relacionadas a estudos para verificar a prevalência de doenças bucais, associados a fatores determinantes, em grupos específicos, para posteriormente subsidiar a organização do processo de trabalho em saúde bucal.

Alguns estudos eram exclusivos para a verificação da doença cárie. Souza *et al* (2006) verificaram a prevalência de cárie em crianças associada a Disfunção familiar e Rigo *et al* (2009) a prevalência de cárie associada a fluoretação das águas. Arantes *et al* (2010) averiguou a prevalência de cárie em adultos e idosos, Marques *et al* (2013) na população indígena e Freire *et al* (2013) em crianças até 12 anos. Já Lopes *et al* (2010) verificou a prevalência de cárie em idosos associados a saúde em geral.

Outros estudos levantaram a prevalência de cárie a outras condições bucais como doença periodontal (ALVES FILHO *et al*, 2009), cárie e levantamento de necessidade de prótese (ALCÂNTARA *et al*, 2011) e cárie, doença periodontal e mal oclusão (ALMEIDA *et al*, 2009). Parisoto *et al* (2010) verificaram a relação da prevalência de cárie com fatores associados ao tamponamento salivar, higiene, hábitos deletérios, renda familiar, e visita ao serviço de saúde bucal.

Saliba *et al* (2010) e Silva *et al* (2011) verificaram a prevalência de edentulismo associado a fatores socioeconômicos. Já Silva *et al* (2004) associaram a prevalência de cárie ao edentulismo e a doença periodontal.

No que se refere à organização do serviço propriamente dito, Tavares *et al* (2010) objetivaram reconhecer a forma de organização da oferta dos serviços de saúde bucal na ESF, constatando que a oferta da primeira consulta odontológica se dá por demanda espontânea, a comunidade não participa da organização dos processos de trabalho e as barreiras de acesso são justificadas pela ausência de insumos e manutenção dos equipamentos.

O acolhimento tem sido utilizado pelos serviços de saúde como tecnologia para humanizar o acesso aos serviços de saúde quanto à universalidade, equidade e integralidade (NEVES *et al*, 2013). Este autor analisa esta implantação revelando entraves e dificuldades na garantia da resolutividade e na implicação dos profissionais, embora se perceba mudanças quanto à humanização e integralidade.

Aguilera *et al* (2013) na perspectiva de compreender a articulação entre os níveis de atenção primária e média/alta complexidade dos serviços públicos evidenciou a disparidade entre os municípios quanto a forma de organização dos processos de trabalho na ESF, evidenciando mais uma vez a fragmentação dos serviços, a atuação isolada dos profissionais, com falhas no cuidado continuado e na atenção integral.

Alegaram que a rotatividade dos profissionais é um grande desafio da gestão, além da pouca oferta de consultas especializadas e as barreiras de acesso, fazendo com que a linha de cuidado em saúde bucal seja quebrada e mais um ponto, o que demonstra que a ESF, não vem desenvolvendo plenamente o papel de ordenadora da rede de atenção (AGUILERA *et al*, 2013).

Pereira *et al* (2012) reforçaram em seus estudos que a autonomia que cada município tem, e até mesmo cada serviço em organizar seu processo de trabalho, é um forte indício de ser um fator determinante para a ocorrência ou não de impacto sobre os resultados, neste estudo sobre os indicadores.

Botazzo (2006) e Narvai (2006) apontam que enquanto a boca for visto como objeto de trabalho e não o indivíduo como um todo, inserido num contexto social, os serviços de saúde bucal serão insipientes em relação às necessidades da população. Eles apontam o termo *bucalidade* como uma expressão dos trabalhos sociais que a boca humana realiza, e que precisa ser considerada para se pensar uma práxis na saúde bucal coletiva.

2.3 Processo de Trabalho e Saúde Bucal

Quanto ao processo de trabalho propriamente dito e entendido como a reciprocidade entre o serviço prestado, os profissionais que atuam no funcionamento do serviço, através de instrumentos que subsidiam sua prática e os sujeitos para quem o serviço é prestado, alguns autores, nesta revisão, evidenciam a importância do cirurgião-dentista (agente de trabalho) no processo de trabalho em Saúde Bucal (SANTOS *et al*, 2007; FACCIN *et al*, 2010; PIMENTEL *et al*, 2012; PEZZATO *et al*, 2013).

Ao cirurgião-dentista está dada a autonomia de tomada de decisão se sua prática se resumirá ao ato do atendimento clínico-odontológico (tecnologia dura), diante de um leque de ações que poderiam ser desenvolvidas à luz da PNSB, para um serviço mais integral aos usuários (SANTOS *et al*, 2007).

Faccin *et al* (2010) afirmam que não é apenas o trabalho em equipe que mudará o modelo, mas a tomada de decisão do CD para a utilização de tecnologias leves, como acolhimento, por exemplo.

No caminho do fortalecimento da intersetorialidade e da participação comunitária, Pimentel *et al* (2012) sugerem a articulação junto à comunidade para a organização do atendimento clínico. Assim como Pezzato *et al* (2013) propõem um modelo organizacional que o CD toma a iniciativa de discutir suas práticas com a comunidade e a equipe, ressignificando os modos de produzir cuidado, de acordo com as reais necessidades dos sujeitos.

Atrelado a este tópico, o objetivo do serviço prestado é a melhoria na qualidade de vida das pessoas, para isto o processo de trabalho deve garantir o acesso, a resolutividade, a integralidade, além da indução da autonomia do sujeito, para tomar as próprias decisões para o autocuidado, cabendo assim avaliar se tal objetivo vem sendo alcançado (KOVALISKIS *et al*, 2006; TESCH *et al*, 2007).

No que cerne as práticas de interdisciplinaridade na garantia da integralidade, dois artigos reforçam mais uma vez o papel do CD para a tomada de decisão de mudança de práticas (SAINTRAINS e VIEIRA *et al*, 2008; MELLO e MOYSÉS, 2010). Na perspectiva do cuidado a pessoa idosa tais autores refletem sobre melhorias nos padrões das condições de

saúde bucal, a partir de práticas voltadas para a necessidade da população, que implicam na mudança do modelo organizacional do processo de trabalho.

Martelli *et al* (2010) e Reis *et al* (2009) propuseram-se a avaliar serviços de saúde bucal. Ambos reafirmam que a prática hegemônica é a curativista por parte dos CD, apontando dificuldades destes em realizar visitas domiciliares, ações de prevenção e promoção e reunião com a equipe e/ou comunidade. Reforçam a dificuldade em efetivar as práticas conforme a PNSB, seja por desconhecimento ou falta de interesse. Há pouco conhecimento sobre a realidade local, assim como dos dados epidemiológicos, com deficientes estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação, quando existentes. A justificativa por parte dos CD estão embasadas na demanda reprimida, o que inviabiliza, segundo eles, a realização de outras atividades.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a praxi do cirurgião-dentista na organização do processo de trabalho em saúde bucal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a percepção do cirurgião-dentista sobre a organização dos processos de trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.

Relacionar o perfil dos profissionais das Equipes Básicas de Saúde bucal com a organização dos processos de trabalho em saúde bucal.

Relacionar os indicadores de Saúde Bucal com o perfil dos profissionais e a percepção dos cirurgiões-dentistas quanto à organização do processo de trabalho em saúde bucal.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e Abordagem de Estudo

Neves (2007) apresenta que as pesquisas podem ser classificadas em dois tipos: quanto à forma de abordagem e quanto ao objetivo geral. No primeiro caso elas podem ser quantitativas ou qualitativas. Já no segundo caso são apresentadas como pesquisa do tipo exploratória, do tipo descritiva e do tipo explicativa ou analítica.

Sendo assim, classificamos este estudo do tipo analítico-descritivo com abordagem quantitativa. Thomas e Nelson (2012) afirmam que as pesquisas analíticas envolvem o estudo e avaliação aprofundados de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno, nesta pesquisa o processo de trabalho.

Ainda apontam que a pesquisa descritiva caracteriza-se como estudos que procuram determinar status, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas. Baseia-se na premissa que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas (THOMAS e NELSON, 2012).

Segundo Neves (2007) necessita-se de uma hipótese e de variáveis, quando tratamos de uma abordagem quantitativa. Este autor considera hipótese “como uma suposição pertinente, calcada na literatura ou na experiência profissional” (p. 49). Já variáveis “referem-se a tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos, segundo casos particulares ou circunstâncias” (p. 50).

A hipótese do deste estudo está apontada no nosso problema de pesquisa, ou seja, os processos de trabalho em saúde bucal são desorganizados e não dialogam plenamente com a PNSB. No decorrer da pesquisa bibliográfica, desencadearam novas perguntas delimitando assim algumas variáveis. Podemos afirmar então que as variáveis são: organização do processo de trabalho em saúde bucal (1), perfil profissional (2) e indicadores de resultados (3).

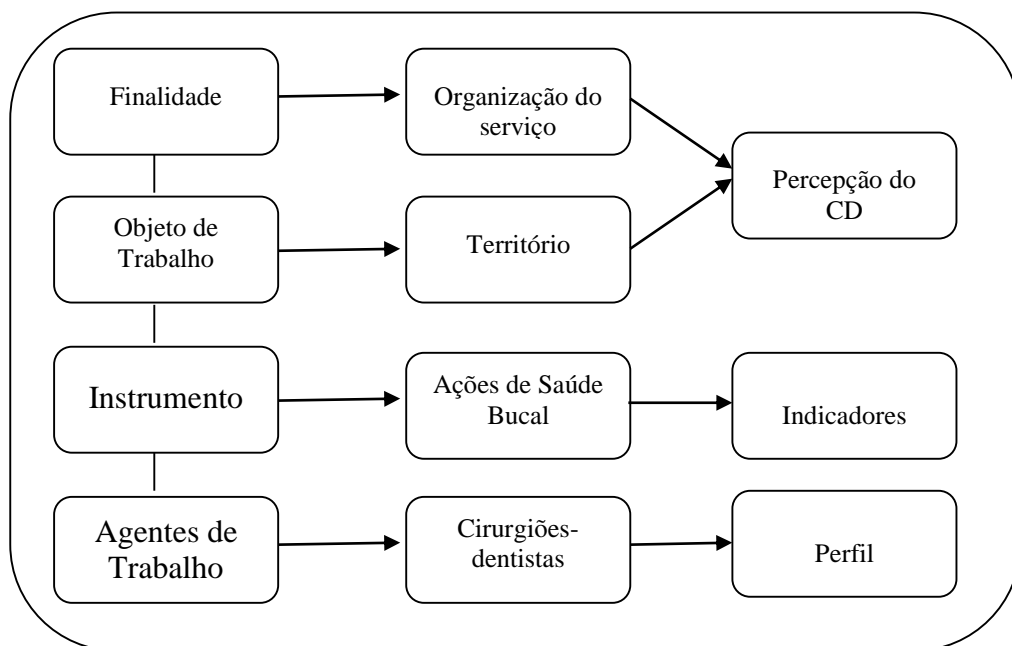
Resgata-se aqui a relação recíproca entre a finalidade do trabalho, onde se aplica o trabalho, os instrumentos de trabalho e o agente de trabalho, apontada por Mendes Gonçalves para configurar o processo de trabalho em saúde.

Usou neste estudo como referencial teórico o conceito de processo de trabalho em saúde apresentando por Mendes Gonçalves (1992, 1994), além de ter como base as Diretrizes

da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), documento oficial para orientação do modelo de atenção em saúde bucal.

Numa perspectiva didática relacionaram-se conceitos de Mendes Gonçalves com o objeto desta pesquisa: a finalidade do trabalho é o próprio serviço de saúde bucal organizado, que deve garantir os princípios do SUS; onde se aplica o trabalho é o território adscrito que todos os elementos que ali pertencem, como os usuários, equipamentos sociais e a própria Unidade de saúde; os instrumentos de trabalho, referindo-se as tecnologias leves, leve-duras e duras, que caracterizarão as ações em saúde bucal, à luz da PNSB; e o agente de trabalho que configura-se no próprio cirurgião-dentista.

O modelo conceitual abaixo ilustra didaticamente como se pode relacionar os elementos trazidos por Mendes Gonçalves para o campo do processo de trabalho em Saúde Bucal, lembrando que estão interligados e que um não funciona sem o outro.



Organização dos Processos de Trabalho em Saúde Bucal

4.2 Local do Estudo

A pesquisa aconteceu no município de Tauá, situada na região do sertão dos Inhamuns, com área territorial de aproximadamente quatro mil km², localizado a 340 Km da Capital Fortaleza. Estimativas do IBGE apontam que sua população ultrapassará 57 mil

habitantes em 2014, apresentando uma densidade demográfica de 13,87 hab/Km² (IBGE, 2014).

Optou-se em fazer a pesquisa no município de Tauá devido ao seu pioneirismo político nas Políticas de Saúde Pública, em especial as voltadas para Atenção Básica e Saúde Bucal. Este município foi Piloto para elaborar o curso Técnico em Agentes Comunitários de Saúde, Informatização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e implantação das Técnicas de Saúde Bucal.

O município vem sendo pioneiro na implantação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), através do sistema e-SUS, em parceria com o Ministério da Saúde. Além disto, iniciou uma proposta inovadora com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), FIOCRUZ, Escola de Saúde Pública (ESP), Secretaria Estadual de Saúde (SESA), Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR), intitulado Planificação da Atenção Primária, que objetiva fortalecer a Organização dos processos de Trabalho, ampliar o entendimento sobre Atenção Primária e o aprimoramento de práticas baseadas na APS.

Desta forma, entendeu-se que esta pesquisa seria importante para subsidiar uma futura análise das possíveis mudanças que poderão ser causadas, dado o processo a ser vivenciado, já que nossa análise o antecede.

Atualmente, o município de Tauá apresenta 23 equipes de Saúde da Família e 22 Equipes de Saúde Bucal, sendo 14 modalidade tipo 1 e oito modalidade tipo 2. Isto implicou numa cobertura de 100% para ambas as equipes, de acordo com a fórmula de cálculo do Departamento de Atenção Básica.

4.3 Sujeitos do estudo

Foi realizado o estudo com 11 cirurgiões dentistas que compõem as Equipes Básicas de Saúde Bucal, vinculadas a Atenção Básica, do município de Tauá-CE, elencados para esta pesquisa, tomando como base os profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na competência dezembro de 2013 (DATASUS, 2014).

Nesta competência o município apresentava 20 ESB, sendo 12 equipes de modalidade tipo I e oito de modalidade tipo II.

Foram utilizados dados do Sistema de Informação da Atenção básica (SIAB) acessados na base de dados DATASUS, referentes às informações do Relatório PMA2-

complementar. Tal relatório consolida mensalmente a produção das equipes, por área. Estes dados subsidiaram os cálculos dos indicadores de resultados de saúde bucal, estabelecidos a partir de 2011 com a implantação do PMAQ-AB e foram descritos nos processos de análise dos dados. Ressalta-se que o fornecimento de tais dados não é ou não deveria ser exclusivo das equipes cadastradas a participar do programa.

4.4 Métodos e Procedimentos para Coleta dos Dados

A coleta de dados se dividiu em duas etapas: uma para coleta de dados primários, através de um questionário estruturado e uma matriz para preenchimento da agenda de trabalho, aplicado com os cirurgiões-dentistas que integram as ESB, e outra para os dados secundários, provenientes do SIAB. Os dados primários forneceram informações referentes às variáveis organização do processo de trabalho em saúde bucal (1) e perfil profissional (2), enquanto os dados secundários foram referentes aos indicadores de resultados (3).

4.4.1 Levantamento bibliométrico

Como proposta de qualquer estudo científico a revisão bibliográfica é uma etapa fundamental para seu desenvolvimento. Amaral (2007, p.1) aponta que esta etapa “influenciará em todas as etapas de uma pesquisa, na medida em que der o embasamento teórico em que se baseará o trabalho”.

Sendo assim, realizou-se um levantamento bibliométrico, a partir das buscas na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) de artigos científicos. Oliveira (2001) afirma que “o termo bibliometria é utilizado para quantificar os processos de comunicação escrita e, o emprego de indicadores bibliométricos para medir a produção científica”.

A escolha por tal base de dados se deu por perceber que ao realizar a busca pela Biblioteca Virtual em Saúde, que abrange outras bases, tinha a maioria dos artigos disponíveis na íntegra em versão online na base SCIELO. Levou-se em consideração o fato de perceber uma facilidade de identificar experiências nacionais nesta base, já que a intenção é analisar a organização dos processos de trabalho em saúde bucal mediante a PNSB.

A primeira etapa de busca foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2012, sendo atualizados entre agosto e outubro de 2014. Os descritores utilizados foram consultados na base Descritores em Ciências de Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde. Tomou-se *saúde bucal* como o descritor fixo, que estaria presente em todos os cruzamentos, tendo também como descritores: *processo de trabalho, organização, gestão, políticas*

públicas e programa saúde da família, relacionados ao objeto de estudo e a linha de pesquisa deste programa de mestrado.

Dessa forma se realizou uma busca integrada (and) em cinco cruzamentos: processo de trabalho e saúde bucal; organização e saúde bucal, gestão e saúde bucal, políticas públicas e saúde bucal, programa saúde da família e saúde bucal. Na tentativa de cruzar os descritores além desse formato, mantendo sempre *saúde bucal* como descritor fixo, percebeu-se que os artigos já estavam presentes nas buscas com dois descritores.

Os critérios de inclusão dos artigos foram ano de publicação (2004 – 2013), período da pesquisa (2004 – 2013), experiências nacionais. Foram excluídos prefácios de livros ou revistas e duplicações (artigos presentes em mais de um cruzamento, mantendo apenas uma das buscas, aleatoriamente). O período a partir de 2004 se deu pelo fato da Política Nacional de Saúde Bucal ter sua implantação neste ano, e embora as EBSB já atuassem na ESF, não havia uma diretriz que norteasse tais ações.

Como técnica, a pesquisa bibliográfica compreende o levantamento, leitura, seleção, fichamento e arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta, para assim conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto (FERRARI, 1992. AMARAL, 2007).

Para fichamento e arquivo dos tópicos de interesse foi utilizado um instrumento, adaptado de Amaral (2007), que permite, num quadro, registrar a referência, palavras-chaves, objetivos, delineamento, local e participantes, entre outros (QUADRO 1). A adaptação se deu na utilização apenas dos pontos citados, sendo que no item delineamento foi feita uma subdivisão em artigos teóricos ou empíricos, e sendo o último apontar qual o tipo (quantitativo, qualitativo ou misto). Outro item acrescentado foi para apontar se tal artigo utilizava de alguma teoria ou modelo em alguma etapa da produção, de acordo com a classificação de ARANA (2007).

Durante um levantamento bibliométrico, realizado em 2007, Arana classificou as artigos empíricos em quatro tipos:

Tipo I - são artigos empíricos que citam, referenciam ou enunciam ao menos uma teoria e/ou modelo teórico, mas não o descreve.

Tipo II – estes artigos citam, referenciam ou enunciam e descrevem as variáveis, conceitos ou construções de alguma base teórica, mas não aplicam.

Tipo III – são artigos que citam, descrevem e usam teorias e/ou modelos para orientar o método de revisão, a opinião, mas não discutem os resultados, nem as conclusões.

Tipo IV – estes artigos citam, descrevem e orientam alguma teoria e/ou modelo teórico em todas as etapas do artigo.

Ao término das etapas obteve-se um total de 84 artigos, sendo acrescentado um critério de exclusão, que foram artigos que falavam especificamente de formação em odontologia ou formação técnica que não se relacionasse diretamente com a pergunta de pesquisa. Dessa forma 47 artigos foram excluídos e 23 foram identificados com duplicação em relação a algum cruzamento, mantendo-se apenas a primeira vez que ele apareceu no decorrer da pesquisa.

Os resultados do levantamento bibliométrico são apresentados em gráficos e tabelas classificando-os por cruzamentos, ano, quanto ao tipo de artigo (teórico ou empírico), quanto ao uso de modelo e/ou teoria, e classificação de ARANA.

ARTIGO	
REFERÊNCIA	
PALAVRAS-CHAVES	
OBJETIVOS	
DELINEAMENTO	() empírico Tipo: () quanti () quali () misto
LOCAL	
PARTICIPANTES	
TEORIA OU MODELO?	() NÃO () SIM QUAL?
CLASSIFICAÇÃO DE ARANA	() I () II () III () IV

QUADRO 1 - Instrumento para fichamento e arquivo de tópicos de interesse em pesquisas bibliográficas

4.4.2 Dados primários

Para a coleta dos dados primários foi utilizado um recorte da ferramenta *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB)*, criada pelo Ministério da Saúde para subsidiar processos autoavaliativos e planejamentos das equipes de atenção básica (Anexo B), entre elas, a saúde bucal e escolhida para este estudo

por tratar-se de um instrumento construído tomando como base as diretrizes e fundamentos da Política Nacional da Atenção Básica. Surge de uma revisão e adaptação do Projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), assim como outros instrumentos nacionais e internacionais – MoniQuor, PCATool e Quality book of Tools (BRASIL, 2013).

O instrumento organiza-se com base em duas unidades de análise: gestão e equipe, tendo os padrões definidos pela relação direta com as práticas e competências dos atores envolvidos – gestão, coordenação e equipe de atenção básica. Poderemos ver no Quadro 1 que estrutura-se em quatro dimensões e 13 subdimensões, distribuídas em padrões esperados em termos de qualidade para atenção básica (BRASIL, 2013).

O recorte de instrumento se dará com base nos objetivos desta pesquisa e implicará em trabalharmos com uma dimensão: Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde. Conforme o Quadro 1, serão utilizadas apenas uma, de suas cinco subdimensões (K), e será aplicado exclusivamente nos cirurgiões-dentistas.

Complementando este instrumento, a parte inicial do questionário trará questões relacionadas ao perfil do profissional baseado no instrumento para Avaliação externa do PMAQ-AB e já utilizado em outra pesquisa destes pesquisadores, além da matriz, ao final, para a construção da agenda padrão.

A fim de correlacionar a percepção dos profissionais com os resultados (indicadores), tomou como critério incluir apenas cirurgiões-dentistas que atuavam na mesma equipe a pelo menos seis meses, tomando dezembro de 2013 como referência, ou seja, em julho de 2013, já estavam naquela equipe. Considerando que um profissional recusou a participar da pesquisa, permaneceram assim 11 ESB.

No instrumento AMAQ-AB (BRASIL, 2013) para cada subdimensão foram estipulados padrões de qualidade cuja avaliação se dá através de escala numérica, organizadas de modo a quantificar as respostas, gerando uma classificação de qualidade. Tais padrões estão representados no esquema abaixo:

Número do Padrão	Descrição do padrão de qualidade: afirmação acerca da qualidade esperada	Escala numérica: grau de adequação do padrão a situação analisada
Detalhamento do padrão de qualidade: comentário explicativo/detalhamento do padrão.		

Os padrões de qualidade foram classificados de 0 a 10 pontos, variando com o grau de satisfação do respondente em relação aquele ponto em questão “onde o ponto 0 (zero) indica não cumprimento ao padrão, o ponto 10 é a total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisadas em relação à qualidade desejada” (BRASIL, 2013, p. 18)

Muito insatisfatório — — — — — — — — — — Muito satisfatório
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município
		B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde
		C - Gestão do Trabalho
		D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional
		F - Educação Permanente
		G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A
	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e Equipamentos
		I - Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J - Perfil da Equipe
		K - Organização do Processo de Trabalho
		L - Atenção integral à Saúde
		M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

QUADRO 2 - Estrutura Instrumento AMAQ-AB (FONTE: BRASIL, 2013).

Utilizou-se o instrumento na íntegra, no que se refere à subdimensão já apresentada com o recorte para esta coleta de dados.

Para aplicação do questionário foi agendada previamente uma reunião com todos os atores selecionados como sujeitos desta pesquisa. Ocorreu uma breve explanação sobre o projeto e objetivos da pesquisa, seguida da aplicação da técnica referida para coleta destes dados. Pretendeu-se, com esta estratégia, apenas garantir a devolução do instrumento, de forma a não interferir no número de sujeitos para esta pesquisa.

Foram adotados os princípios éticos de consulta quanto à adesão à pesquisa, autonomia de desistência no processo, conforme registrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C), buscando uma linguagem acessível para todos os sujeitos, onde em caso de aceitação. Todos os sujeitos participantes deste estudo assinaram sua participação.

4.4.3 Dados Secundários

Os dados secundários referiram-se às informações adquiridas a partir do Relatório PMA2-Complementar, inserido com estratégia de consolidação da produção da saúde bucal, entre outros. Os procedimentos aqui relacionados são: 1ª Consulta Odontológica Programática, Escovação dental supervisionada, Tratamento Concluído, Urgências, Atendimento a gestantes (1ª Consulta Odontológica à gestante), Instalação de próteses dentárias, Encaminhamentos da Saúde Bucal para Atenção Secundária em Saúde Bucal e Diagnóstico de alteração de mucosa. Estes dados devem ser alimentados mensalmente por EAB.

Os dados foram coletados na base de dados DATASUS, armazenados numa planilha no programa MICROSOFT EXCEL e subsidiaram o cálculo de sete indicadores propostos pelo PMAQ-AB, sendo designados quatro indicadores de desempenho e três de monitoramento.

Indicadores de desempenho:

- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada;
- Cobertura de primeira consulta odontológica programática;
- Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante;
- Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas.

Indicadores de Monitoramento:

- Média de instalações de próteses dentárias;
- Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;
- Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

4.5 Análise e Discussão dos Resultados

Para análise dos dados foram utilizados princípios da estatística analítica descritiva, proposta por Thomas e Nelson (2012) e os resultados apresentados através de gráficos e tabelas, de acordo com as variáveis deste estudo: 1) organização do processo de trabalho em saúde bucal, 2) perfil profissional e 3) indicadores de resultados.

4.5.1 Dados Primários

Para análise destes dados foi realizada uma classificação das dimensões e subdimensões como proposto pelo instrumento AMAQ, “onde cada subdimensão representou um total de pontos que variam de acordo com o número de padrões de qualidade, sendo estes atribuídos 10 pontos” conforme o Quadro 3 (BRASIL, 2013 p. 25).

Subdimensão	Nº de padrões	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima
A – Apoio Institucional	03	0	30
B – Educação Permanente	06	0	60
C – Gestão do monitoramento e Avaliação	05	0	50
D – Perfil da Equipe	03	0	30
E – Organização do Processo de Trabalho	12	0	120

QUADRO 3: Subdimensões propostas pelo instrumento AMAQ (FONTE: BRASIL, 2013)

Para a pontuação obtida para cada subdimensão foi realizado um cálculo percentual de pontos e associado a uma escala definida. As pontuações variaram de 0 a 19,99% (1), 20 a 39,99% (2), 40 a 59,99% (3), 60 a 79,99% (4) e 80 e 100% (5) e corresponderam respectivamente as classificações de muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório (BRASIL, 2012).

Já para cada dimensão foi aplicada uma pontuação que varia entre 1 e 5, de acordo com a classificação descrita acima a partir das médias aritméticas das subdimensões específicas de cada grupo (BRASIL, 2012).

Quanto aos dados relacionados ao perfil das equipes (formação e tempo de atuação) foi uma proporção de acordo com os escores que varia para cada tipo de pergunta.

4.5.2 Dados Secundários

Após o registro dos dados no programa MICROSOFT EXCEL foi construída fórmulas para obtenção direta do valor dos indicadores, tal como propostos pelo PMAQ. A partir daí, também através deste programa foi possível realizar uma média para cada indicador, a nível municipal, considerando o intervalo de seis meses.

4.5.3 Cruzamento dos dados

Considerando a relação de reciprocidade para caracterizar o processo de trabalho proposto por Mendes Gonçalves, foram realizados cruzamentos entre as três variáveis, já que estão diretamente relacionadas.

Desta forma, os resultados foram apresentados em três capítulos, considerando a necessidade da individualidade de cada variável, para que no capítulo de discussão pudesse evidenciar a relação entre os mesmos.

4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Neste estudo utilizou-se dos Princípios éticos da Resolução nº 466/2012 que rege a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde. Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais da Bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Através deste direcionamento as recusas na participação foram respeitadas, preservando dessa forma o princípio da autonomia, onde, mesmo após a aceitação na inclusão no estudo, o participante teve seu direito garantido em deixá-lo a qualquer momento que julgar necessário. Os informantes tiveram suas identidades mantidas em sigilo e a concordância em participar da pesquisa foi afirmada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Consentimento Pós-Informado.

A não-maleficência foi mantida quando garantimos que nenhum prejuízo previsível será acarretado aos participantes desta investigação.

A justiça foi preservada quando, com a execução deste estudo, traremos vantagens significativas, não apenas para os participantes do estudo como para os demais cidadãos que poderão ser beneficiados quando da implementação de políticas públicas que visem a educação permanente dos profissionais de saúde do município e a assistência qualificada a partir do momento que se tenha a consolidação dos dados obtidos.

Esta pesquisa foi submetida a todas as instâncias éticas necessárias para cumprimento dos trâmites legais e sociais para sua realização e obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e o Parecer consubstanciado do CEP da UVA junto à Plataforma Brasil sob o Nº 638.826 e CAAE 25742714.6.0000.5054.

Até então, apresentou-se resultados empíricos referentes à pesquisa bibliográfica na perspectiva de reconhecer o que vem sendo produzido cientificamente no campo da saúde bucal, a respeito dos tipos de estudo e de que forma tais estudos tem se embasado em referenciais teóricos ou modelos para a realização dos mesmos.

Cabe ressaltar a escassez quanto às publicações na área de Saúde Bucal Coletiva. Apesar de que um dos pressupostos da PNSB é o incentivo às pesquisas científicas, não foi observado artigos relacionados a esse questão nesta base de dados. Considerando o total de artigos incluídos na pesquisa (n=84), teve-se em média 8,4 publicações/ano, no intervalo de 2004 a 2013.

GRÁFICO 1 - Número de artigos incluídos, excluídos e duplicados, a partir dos critérios estabelecidos

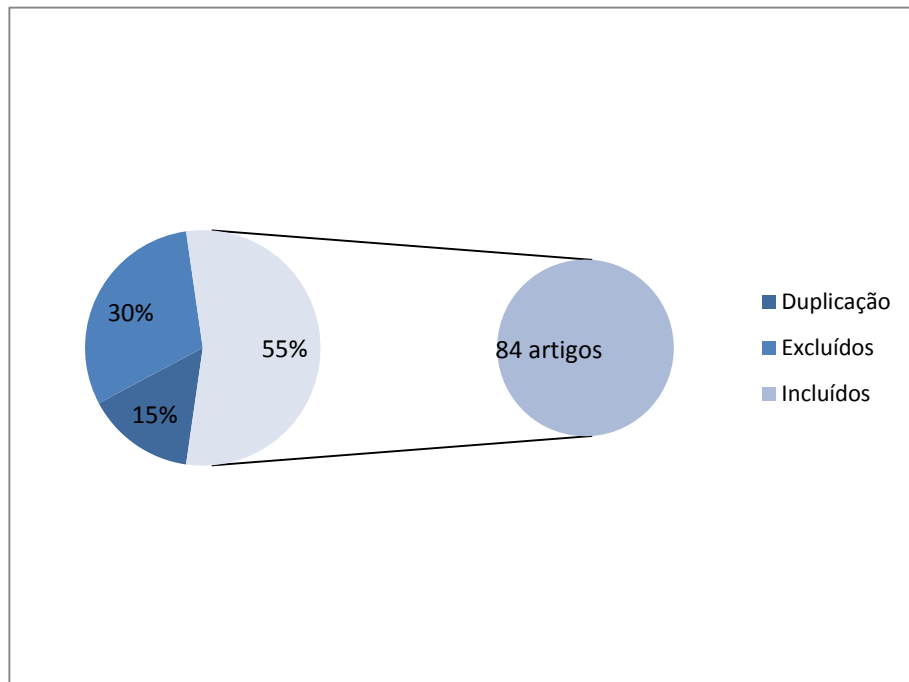


TABELA 2 - Resultados quanto ao tipo de estudo

	n	%	Teórico	%	Empírico	%	Quantitativo	%	Qualitativo	%	Misto	%
Tipo de Estudo	84	100	14	17	70	83	40	47	24	29	6	7

Quanto ao tipo de estudo, observa-se uma discrepância dos estudos teóricos quanto aos estudos empíricos. Pode-se afirmar que tal valor esteja relacionado ao perfil da categoria odontologia em realizar estudos epidemiológicos, observada também neste estudo,

mas outros fatores devem ser considerados, como uma tendência a priorizar publicações empíricas, em especial as quantitativas.

TABELA 3 - Resultados quanto a Classificação de Arana

	n	%	SIM	%	NÃO	%	Tipo I	%	Tipo II	%	Tipo III	%	Tipo IV	%
Modelo/ Teoria	84	100	37	44	33	39	27	32,1	0	0	2	2,4	8	9,5

Um ponto a ser destacado é em relação à classificação de Arana (2007) foi o número de publicações que não utilizam nenhum referencial teórico ou modelo, em conjunto com os artigos que apenas citam em alguma etapa da produção atingem 60%, ou seja, mais da metade das experiências não se aprofundam numa criação embasada e fundamentada em conceitos.

5.2 Perfil e Percepção dos profissionais

Para apresentar os dados primários desta dissertação, resgato o instrumento de coleta de dados (Anexo B) que apresentava três etapas. A primeira, baseada no instrumento de avaliação externa do PMAQ, que obteve informações quanto a idade, equipe de atuação, a localização da equipe (rural ou urbana), tempo de graduação, tempo de atuação na ESF, tempo de atuação no município de Tauá e o tempo de atuação na equipe atual, além da formação complementar em pós-graduação. A segunda etapa consistiu em preencher um questionário, correspondente ao da autoavaliação, do instrumento AMAQ, referentes a percepção dos profissionais quanto a organização do processo de trabalho em saúde bucal. Já a terceira etapa foi para detalhar a agenda de trabalho da sua equipe, através de uma matriz.

Apresenta-se então os resultados obtidos:

5.2.1 O Perfil Sócio-Demográfico

Quanto ao sexo (Gráfico 2), considerando o total de participantes (n=11) obteve uma predominância do sexo masculino (55%) sobre o sexo feminino (45%).

Quanto a idade (Gráfico 3), há um predomínio de profissionais na faixa etária entre 25 e 30 anos (46%). Percebe-se que a proporção para faixa etária menor de 25 anos e maior de 30 anos é a mesma (27%), chamando atenção o fato dos menores de 25 anos, serem totalidade do sexo masculino, e os maiores de 30 anos do sexo feminino (Tabela 4). Já na

faixa etária entre 25 e 30 anos há superioridade do sexo masculino (27%) em relação ao sexo feminino (19%).

GRÁFICO 2: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto ao sexo



Já, em relação ao local de atuação (Gráfico 4), percebe-se que a maior concentração, dos cirurgiões-dentistas de Tauá está na zona urbana (64%), em a relação na zona rural (36%).

Ao relacionar o local de atuação com o sexo (Tabela 5), nota-se que todas as profissionais do sexo feminino (100%) atuam na zona urbana, enquanto a maioria dos homens atua na zona rural (71%).

GRÁFICO 3: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto a idade

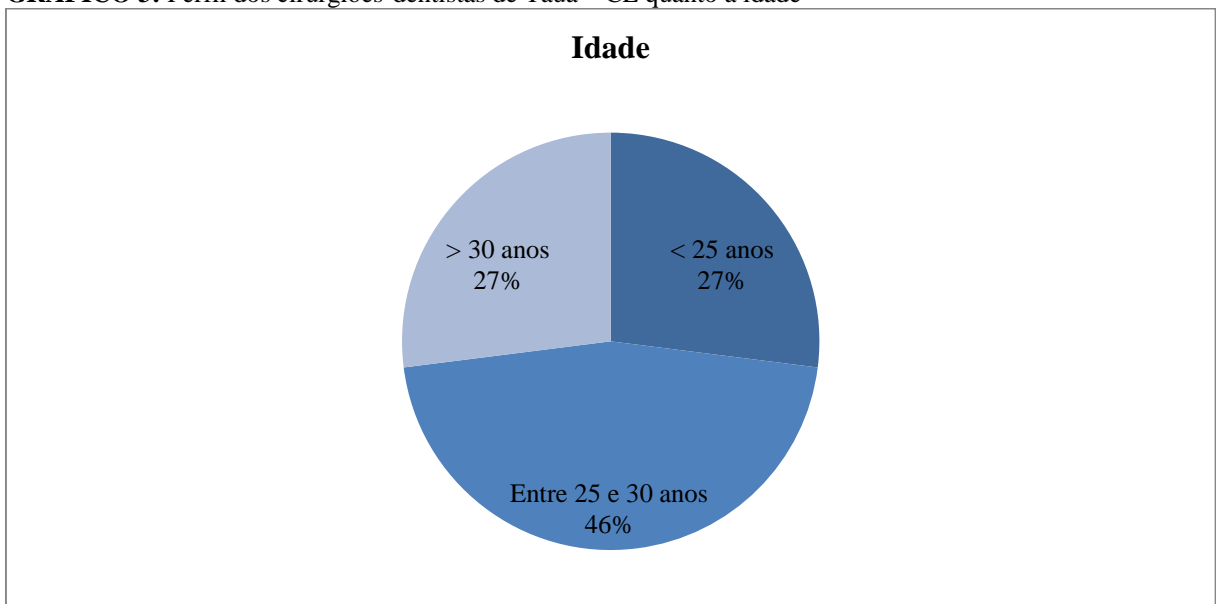
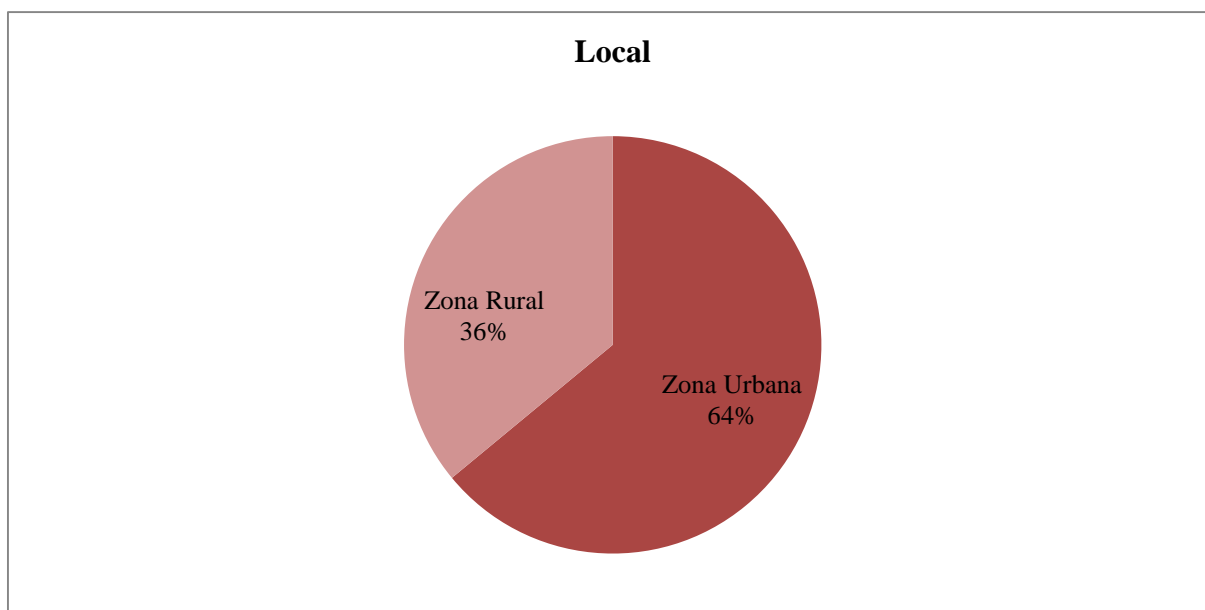


TABELA 4: Relação entre sexo e idade dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE

	< 25 anos	Entre 25 e 30 anos	>30 anos
Masculino (%)	27	27	0
Feminino (%)	0	19	27

GRÁFICO 4: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto ao local de atuação**TABELA 5:** Relação entre sexo e local de atuação dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE

	Zona Urbana	n	Zona Rural	n
Masculino (%)	29	2	71	4
Feminino (%)	100	5	0	0

5.2.2 Perfil de Formação

Quanto ao tempo de graduação (Tabela 6) evidencia-se que dos cirurgiões-dentistas, remanescentes na pesquisa (n=11) apresentam mais de dois anos de formados, tendo a maioria entre 2 e 5 anos (64%), porém com uma proporção considerável para os formados a mais de 5 anos (36%).

Nota-se também que a maioria dos cirurgiões-dentistas (55%) atuam na ESF entre 2 e 5 anos, onde somando com os que atuam entre 5 e 10 anos e mais de 10 anos representa 91% dos profissionais (Tabela 6).

Ainda na Tabela 6 observa-se que também o período de atuação na ESF em Tauá – CE prevalece entre 2 e 5 anos (45%) e que a mesma proporção atuam na equipe atual. Já

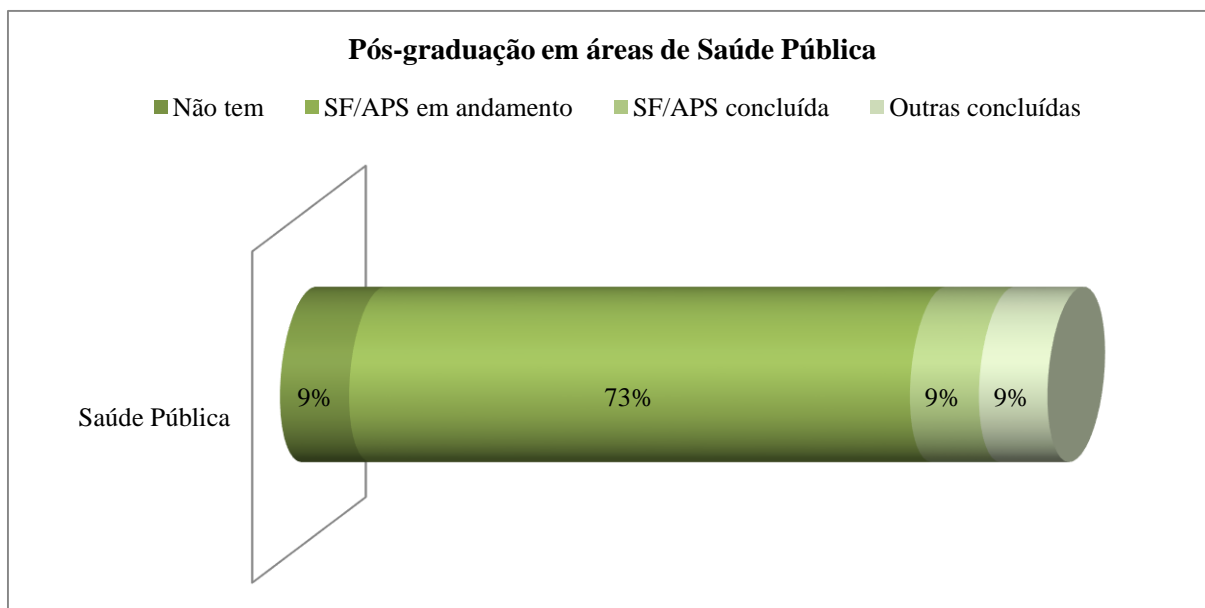
18% dos profissionais atuam entre seis e 12 meses em Tauá – CE, 9% entre 1 e 2 anos, outros 9% entre 5 e 10 anos e 18 % a mais de 10 anos.

TABELA 6: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto ao tempo de graduação

	Entre seis e 12 meses	Entre 1 e 2 anos	Entre 2 e 5 anos	Entre 5 e 10 anos	mais de 10 anos	%
Tempo de graduação (%)	0	0	64	9	27	100
Tempo de atuação na ESF (%)	9	0	55	18	18	100
Tempo de atuação da ESF em Tauá (%)	18	9	45	9	18	100
Tempo de atuação na equipe atual (%)	27	0	45	18	9	100

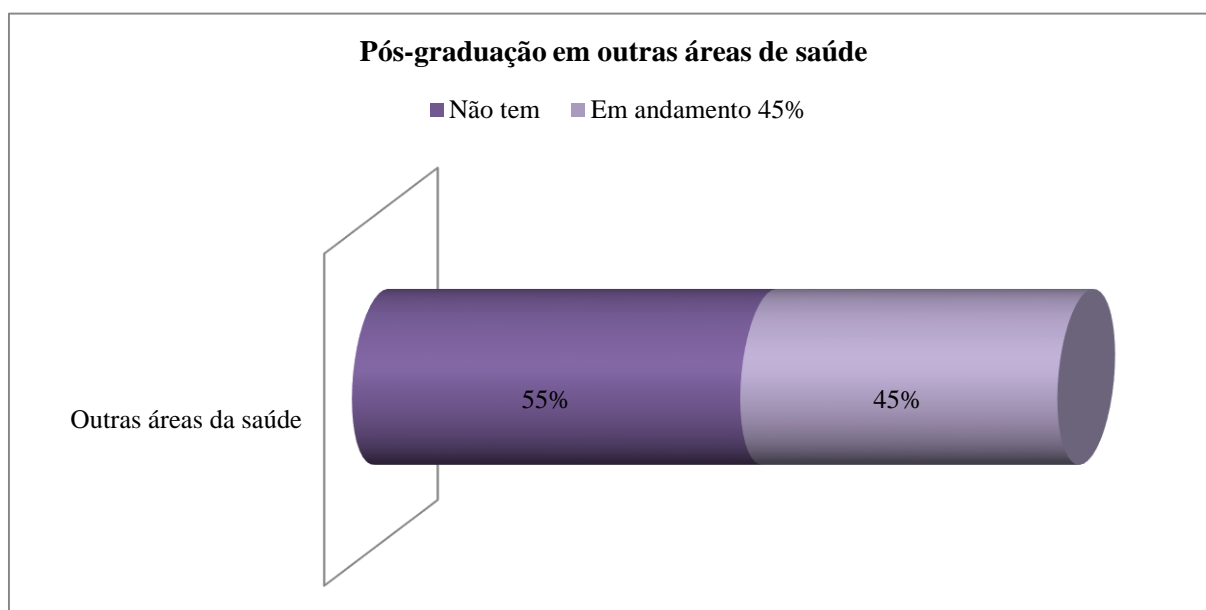
Quanto à pós-graduação em áreas de Saúde Pública (Gráfico 5), a maioria dos profissionais (73%) estão com curso em Saúde da Família ou Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica em andamento, apenas 9% não apresenta nenhum tipo de pós-graduação, 9% apresentam pós-graduação concluída em Saúde da Família ou Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica e outros 9% em alguma área de Saúde Pública. Não foi identificado profissionais com título em outras áreas de saúde pública em andamento, assim como com título de mestrado e/ou doutorado.

GRÁFICO 5: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto a Pós-Graduação em áreas de Saúde Pública



Em relação à pós-graduação (Gráfico 6) em outras áreas de saúde nota-se que a maioria não tem nenhuma outra especialidade (55%), em relação aos que estão com outro curso em andamento (45%).

GRÁFICO 6: Perfil dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto a Pós-Graduação em outras áreas de Saúde



5.2 A percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá quanto à organização do processo de trabalho em saúde bucal

O instrumento utilizado para obter os dados quanto à percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à organização do processo de trabalho apresenta 12 itens, que através do instrumento de consolidação dos dados pode-se aplicar a escala de classificação. De forma a apresentar a percepção sobre cada item, empregou-se a mesma escala, para deixar este capítulo mais didático.

Quanto à organização do processo de trabalho, pode-se observar na tabela 7 que 55% das equipes se classificaram como muito satisfatório e 45% satisfatório, não havendo classificação para regular, insatisfatório e muito insatisfatório.

Ao verificar pelo local de atuação este desempenho é classificado igualmente como na zona rural (18% muito satisfatório e 18% satisfatório), sendo na zona urbana 36% como muito satisfatório e 28% como satisfatório.

O primeiro item questionava se a equipe de saúde bucal trabalhava com território definido, mantendo vínculo com a população e se responsabilizando pela atenção/resolução

de seus problemas/necessidades de saúde bucal (Tabela 8). Nota-se que 91% dos profissionais consideram como muito satisfatório o desempenho de sua equipe, enquanto apenas 9% classificam como satisfatório.

TABELA 7: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à Organização do Processo de Trabalho

Equipe	Zona Rural				Zona Urbana						
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Subdimensão: Organização do Processo de Trabalho	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório

TABELA 8: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto a trabalhar com território definido, manter vínculo com a população e se responsabilizar pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde bucal.

Equipe	Zona Rural				Zona Urbana						
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.1	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório

No segundo item, o profissional era questionado se a equipe de saúde bucal planejava suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolvia a comunidade no planejamento das ações (Tabela 9). Percebe-se que 73% classifica seu desempenho como muito satisfatório, 27% como satisfatório e nenhum equipe se classificou em outra escala.

TABELA 9: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto ao planejamento das ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolvimento da comunidade no planejamento das ações.

Equipe	Zona Rural				Zona Urbana						
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.2	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório

No terceiro item o cirurgião-dentista era questionado se a Equipe de Saúde Bucal organizava e compartilhava sua agenda de atendimento individual com os vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegurasse a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários (tabela 10). Assim, 73% das equipes classificaram o desempenho como muito satisfatório e 27% como satisfatório.

A seguir (item 4) o profissional respondeu quanto a Equipe de Saúde Bucal participar das reuniões com a Equipe da Atenção Básica (Tabela 11), onde a grande maioria dos cirurgiões-dentistas (91%) declararam seu desempenho como muito satisfatório, sendo 9% como satisfatório.

TABELA 10: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à organização e compartilhamento da agenda de atendimento individual, de forma a assegurar que o processo de trabalho amplie o acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários.

Equipe	Zona Rural					Zona Urbana					
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.3	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório

TABELA 11: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à participação nas reuniões da equipe da Atenção Básica.

Equipe	Zona Rural					Zona Urbana					
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório

No quinto item os cirurgiões-dentistas foram questionados quanto a Equipe de Saúde Bucal realizar a coordenação dos cuidados em saúde bucal (Tabela 12). Dos 11 profissionais participantes da pesquisa, 82% afirmaram ter seu desempenho como muito satisfatório e 18% como satisfatório.

TABELA 12: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à realização da coordenação do cuidado em saúde bucal.

Equipe	Zona Rural					Zona Urbana					
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório

No item 6 (Tabela 13) a equipe foi questionada se a equipe de saúde bucal utilizava estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos, tendo a maioria das equipes classificado seu desempenho como satisfatório (55%), já 27% das equipes se classificaram como muito satisfatório, 9% como classificando teu desempenho como regular e 9% como muito insatisfatório.

TABELA 13: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à utilização de estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.

Equipe	Zona Rural				Zona Urbana						
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.6	3	5	4	4	5	1	4	4	4	5	4

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório 3-Regular 2-Insatisfatório 1-Muito Insatisfatório

O profissional também foi interrogado se a equipe de saúde bucal faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como seus retornos (Tabela 14). A maior parte das equipes percebeu seu desempenho como muito satisfatório (91%), apenas uma equipe (9%) classificou como insatisfatório.

TABELA 14: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto ao registro e monitoramento das solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades e seus retornos.

Equipe	Zona Rural				Zona Urbana						
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.7	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório 3-Regular 2-Insatisfatório 1-Muito Insatisfatório

Quanto questionada se a Equipe de Saúde Bucal oferecia atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais (Tabela 15) os profissionais em sua maioria afirmaram ter um desempenho muito satisfatório (82%), sendo 18% os que classificaram como satisfatório.

TABELA 15: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à oferta de atendimento à população de no mínimo 40 horas.

Equipe	Zona Rural				Zona Urbana						
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.8	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório

Os profissionais foram questionados ainda se a equipe de saúde bucal realizava visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna (Tabela 16). Neste ponto as equipes tiveram o desempenho classificado como muito satisfatório em 28% das equipes, 36% como satisfatório, 9% como regular e insatisfatório e 18% das equipes como muito insatisfatório.

TABELA 16: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à realização de visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.

Equipe	Zona Rural				Zona Urbana						
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.9	5	2	1	5	4	5	4	4	4	3	1

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório 3-Regular 2-Insatisfatório 1-Muito Insatisfatório

Quanto ao item 10, os cirurgiões-dentistas responderam se a equipe de saúde bucal realizava acolhimento à demanda espontânea em tempo integral (Tabela 17). Percebeu-se que 82% das equipes entendem seu desempenho como muito satisfatório, 9% como satisfatório e 9% como regular.

TABELA 17: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à realização de acolhimento à demanda espontânea em tempo integral.

Equipe	Zona Rural				Zona Urbana						
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.10	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5	5

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório 3-Regular

Quanto à realização de atendimento nos casos de urgências odontológicas (item 11), todos os profissionais (100%) classificaram o desempenho da sua equipe como muito satisfatório (Tabela 18).

TABELA 18: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à realização de atendimento nos casos de urgências odontológicas.

Equipe	Zona Rural				Zona Urbana						
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

5- Muito Satisfatório

No item 12, o profissional foi questionado se a Equipe de Saúde Bucal utiliza as informações dos sistemas de informação para qualificar a atenção em saúde bucal (Tabela 19), tendo 91% classificando o desempenho quanto muito satisfatório e apenas 9% como regular.

Quando questionados se a equipe de saúde bucal realizava monitoramento e análise das ações e resultados alcançados (Tabela 20), 55% das equipes perceberam seu desempenho como satisfatório e 45% como muito satisfatório.

TABELA 19: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à utilização dos sistemas de informação para qualificar a atenção em saúde bucal.

Equipe	Zona Rural					Zona Urbana						
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	
Item 2.12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório 3-Regular

TABELA 20: Percepção dos cirurgiões-dentistas de Tauá – CE quanto à realização do monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.

Equipe	Zona Rural					Zona Urbana					
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Item 2.13	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4

5- Muito Satisfatório 4-Satisfatório

De acordo com o preenchimento da matriz da agenda de trabalho (Apêndice A) pode evidenciar quanto ao cumprimento da carga horária, de acordo com a tabela 21, que 100% dos profissionais não cumprem o preconizado pelo ministério da saúde, que é o mínimo de 40 horas semanais.

TABELA 21: Cumprimento da carga horária de acordo com a matriz da agenda de trabalho

Equipe	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	N
Carga Horária em horas afirmada	40	40	40	32	40	40	32	40	40	40	40	40
Carga Horária em horas presente na agenda	36	32	38	28	32	32	32	36	36	36	36	40
% Carga Horária não aproveitada	10	20	5	30	20	20	20	10	10	10	10	

Quanto à otimização da hora-clínica, utilizando de 75 a 85% da carga horária semanal para a assistência clínica e de 15 a 25% para as demais ações em saúde bucal também percebe-se que 100% dos profissionais, de acordo com a tabela 22, não cumprem com esta determinação. Nota-se que 55% utilizam a totalidade de sua carga horária para a assistência clínica e apenas 18% utilizam a carga horária (11%) para ações vistas aqui para garantia da integralidade, como visitas domiciliares.

TABELA 22: Otimização da hora-clínica

Equipe	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	N
Carga Horária em horas...												
... para assistência clínica	89	89	100	100	89	89	89	100	100	100	100	85
... Intersetorialidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
... Interdisciplinaridade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
... Integralidade	11	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
... Parâmetros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total ações não assistenciais	11	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15

Quanto ao tipo de demanda, a PNSB orienta a importância da garantia em tempo integral do atendimento a demanda programada, espontânea e atendimento de urgências.

Através da tabela 23 percebe-se que 100% das equipes garantem atendimento a demanda programada, 55% a demanda espontânea e 55% aos atendimentos de urgência, apenas uma equipe (9%) garante a recomendação da garantia das três demandas em todos os turnos de assistência clínica, percebendo também que uma das equipes (9%) realiza apenas atendimento a demanda programada.

TABELA 23: Quanto ao tipo de demanda

Equipe	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Assistência Clínica	32	32	38	28	32	32	32	36	36	36	36
Demanda Programada (%)	100	100	63	100	100	100	75	39	100	100	56
Demanda espontânea (%)	81	0	100	0	100	0	25	67	0	0	56
Urgências (%)	81	100	0	0	100	100	0	0	100	78	0

5.3 Os resultados dos indicadores em Saúde Bucal em Tauá – CE

A Coordenação Nacional de Saúde Bucal junto ao Departamento da Atenção Básica estabeleceu um conjunto de indicadores para medir as principais ações de saúde bucal, estabelecer parâmetros e induzir as equipes de saúde bucal a organizar seu processo de trabalho mais condizente com as Diretrizes da PNSB.

Os dados para estes indicadores são obtidos através do SIAB, pelo relatório PMA2-complementar, fornecidos mensalmente pelas equipes de atenção básica.

Para esta dissertação foram utilizados dados referentes aos meses de julho a dezembro de 2013, de forma a conseguir estabelecer uma média destes resultados, tomando a média geral do município como parâmetro de referência.

Sete são os indicadores direcionados as ESB:

A) Proporção de 1ª Consulta Odontológica

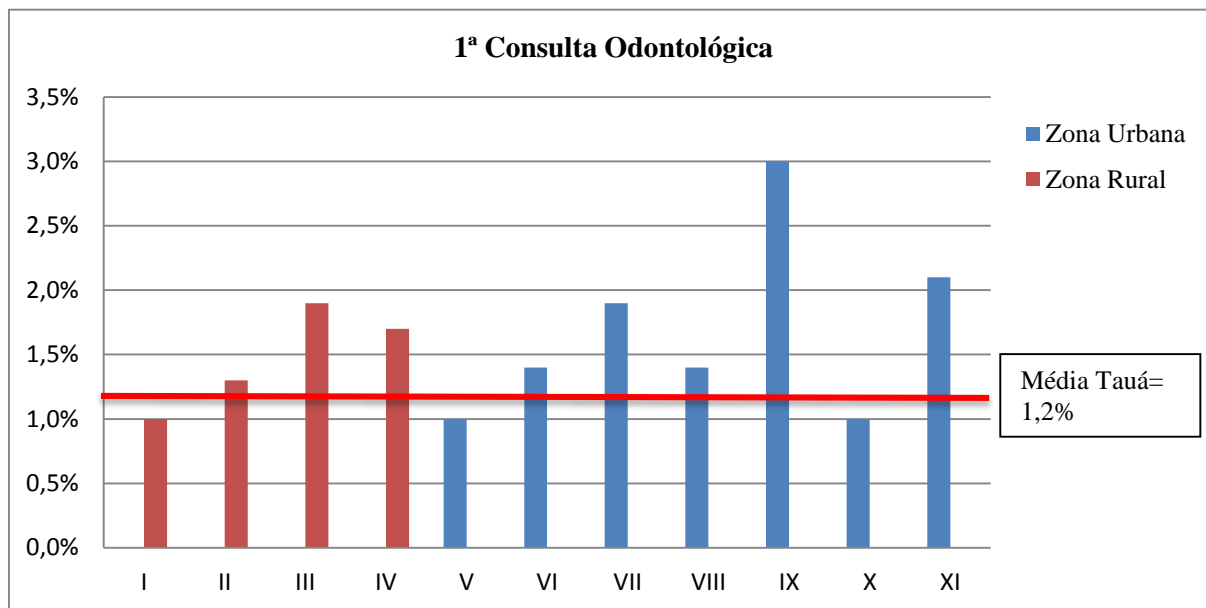
1ª Consulta Odontológica refere-se ao momento que é ofertado ao usuário o início ao tratamento odontológico com garantia da continuidade até o momento da conclusão do tratamento. Este indicador é calculado pelo total de 1ª consulta realizada num local e período, dividido pela população total em mesmo local e período, multiplicado por 100.

B) Proporção de 1ª Consulta Odontológica à gestante

Na Ficha D-complementar e no relatório PMA2-complementar estes dados são obtidos através do item atendimento à Gestante, porém este se refere a 1ª consulta

odontológica à gestante. Caracteriza-se ao momento que é ofertado a gestante o início do tratamento odontológico com garantia da continuidade até o momento da conclusão do tratamento. Calcula-se pelo total de atendimento à gestante, num determinado local e período, dividido total de gestantes cadastradas no mesmo local e período, multiplicado por 100.

GRÁFICO 7: Proporção de 1ª Consulta Odontológica das Equipes de Saúde Bucal – Tauá – CE – Jul/Dez 2013



C) Razão de tratamento concluído

Entende-se por tratamento concluído o usuário que recebe a alta clínica de procedimentos referentes à atenção básica.

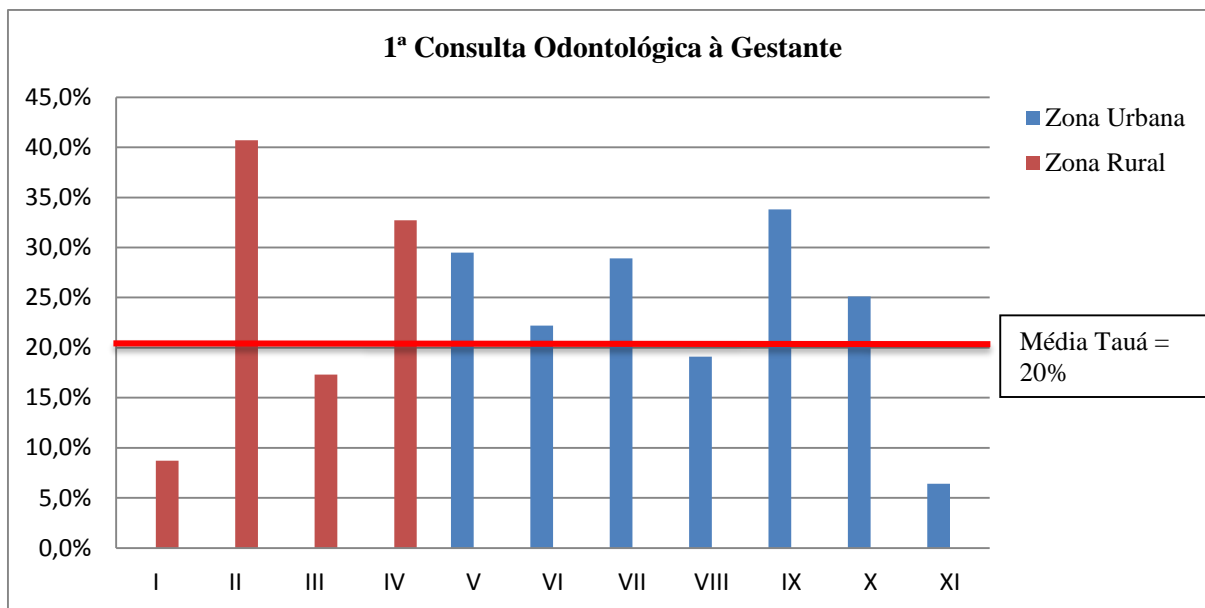
Calcula-se o indicador pela divisão do total de tratamentos concluídos num determinado local e período, pelo total de 1ª consulta odontológica, no mesmo local e período.

D) Proporção de atendimento de urgências odontológicas

Urgências odontológicas refere-se as condições agudas e o indicador é calculado através da divisão do total de atendimentos de urgência num determinado local e período, pela população total cadastrada, no mesmo local e período, multiplicado por 100.

E) Proporção de Instalação de prótese dentária

GRÁFICO 8: Proporção de 1ª Consulta Odontológica à Gestante das Equipes de Saúde Bucal – Tauá – CE – Jul/Dez 2013



A instalação de prótese dentária é um procedimento orientado pela PNSB a ser realizado na Atenção Básica, porém como não é a realidade da maioria das equipes, é orientado que tal procedimento considere além das próteses instaladas por aquela equipe, quando assim o fizer, seja também registrada as próteses instaladas no Centro de Especialidades Odontológicas, encaminhadas por aquela equipe e que teve a confirmação do procedimento através da contra-referência.

Calcula-se pelo total de próteses instaladas num determinado local e período, pela população total cadastrada, no mesmo local e período.

F) Incidência de alteração de mucosa

Entende-se por alteração de mucosa qualquer tipo de lesão, independente da magnitude e dos fatores associados, mas que precisam ser atentados pela ESB.

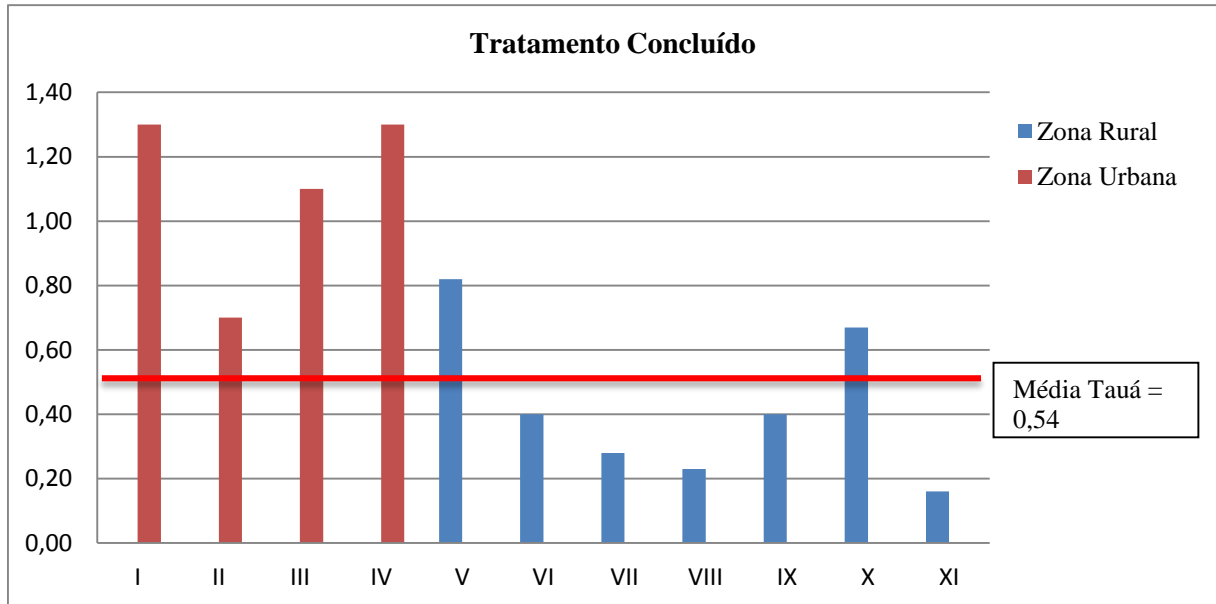
O indicador é calculado pelo total de alterações de mucosas identificadas num determinado local e período dividido pelo total da população cadastrada num determinado local e período multiplicado por 1000.

G) Proporção de Escovações Supervisionadas

A escovação supervisionada é o procedimento preconizado para incentivo ao hábito de higiene oral, na perspectiva de prevenir cáries e doenças periodontais. Deve ser realizada sobre o olhar de algum profissional, em especial o cirurgião-dentista, porém as

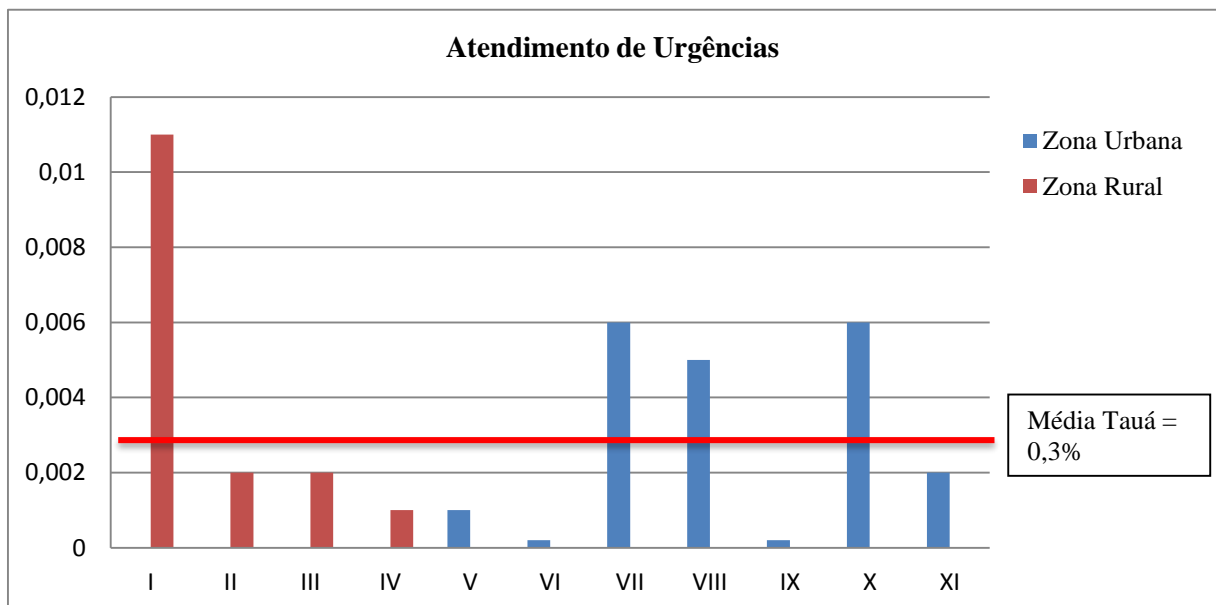
ASB, TSB e os próprios ACS, previamente habilitados, também podem realizar tais procedimentos.

GRÁFICO 9: Razão de Tratamento concluído – Tauá – CE – Jul/Dez 2013



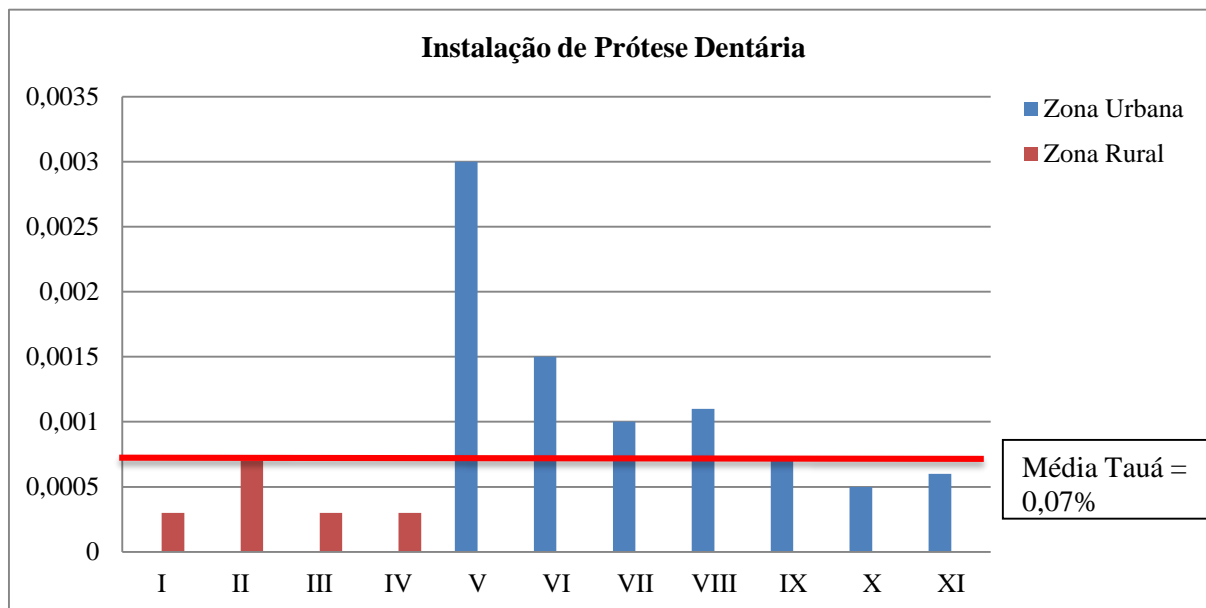
Quanto à 1ª Consulta Odontológica (Gráfico 7) observou-se que 73% das equipes ficaram acima da média do município que era de 1,2%, com destaque para a equipe IX que atingiu a proporção de 3%. Proporcionalmente, não há diferença significativa para este indicador quando se refere à zona urbana e zona rural.

GRÁFICO 10: Proporção de atendimento de urgências – Tauá – CE – Jul/Dez 2013



Em relação à 1ª Consulta Odontológica à Gestante (Gráfico 8) percebe-se que 64% das equipes estavam acima da média do município, com maior destaque para as equipes II (41%), IV (33%) e IX (34%), sendo as duas primeiras da zona rural, que proporcionalmente se destacou em relação a zona urbana.

GRÁFICO 11: Proporção de instalação de próteses – Tauá – CE – Jul/Dez 2013

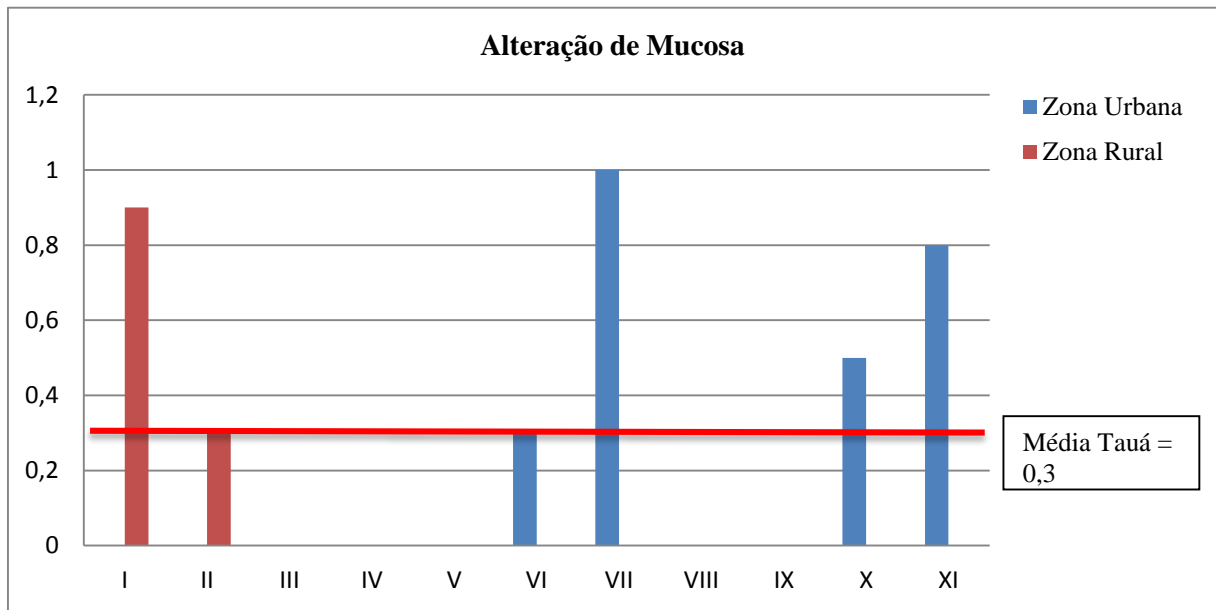


No Gráfico 9 observa-se que 55% das equipes ficaram acima da média no que refere-se ao tratamento concluído, com destaque expressivo para as equipes de zona rural, que além dos maiores índices tiveram a totalidade das equipes acima da média do município.

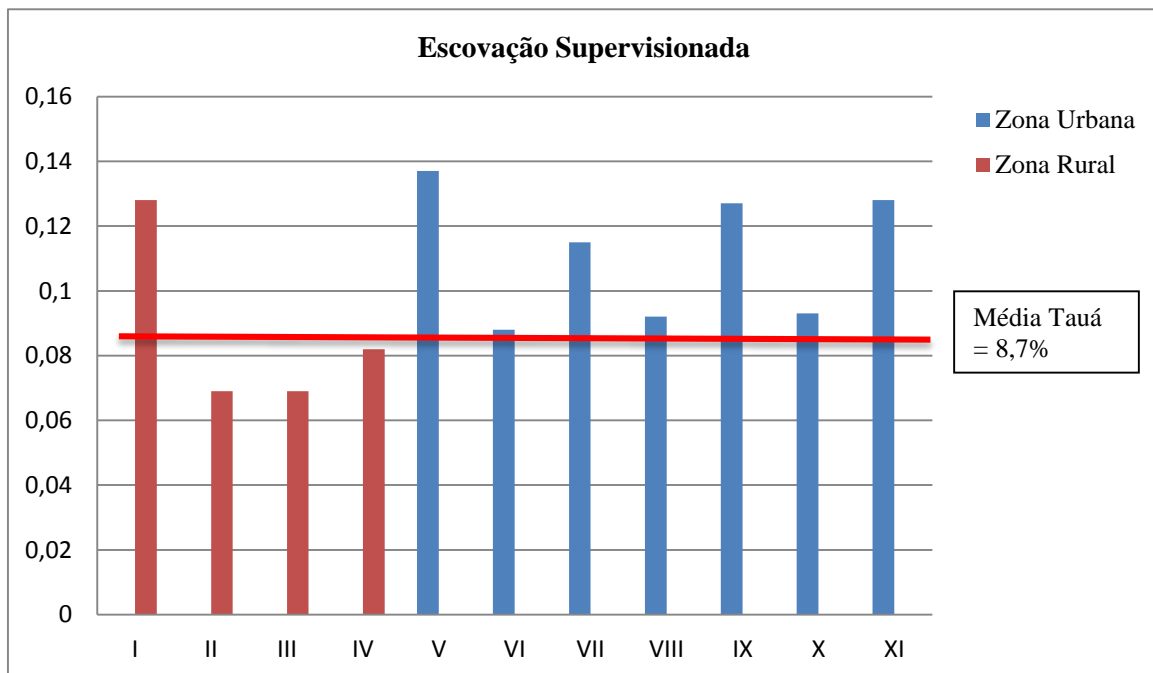
Quanto aos atendimentos de urgências (Gráfico 10), percebe-se que 64% das equipes ficaram abaixo da média do município, neste caso com as equipes da zona urbana, com um melhor resultado geral, porém a equipe com o resultado mais favorável (1,1%) localiza-se na zona rural (equipe I).

A maioria das equipes (55%) apresentou resultado favorável (acima da média) quanto à instalação de prótese dentária (Gráfico 11), destacando-se as equipes de zona urbana, que além de melhor média, apresentou o melhor desempenho com a equipe V (0,30%).

Quanto à incidência de alteração de mucosa 55% das equipes não apresentaram nenhum resultado, enquanto os 45% de equipes que realizaram a identificação de lesão, ficaram acima da média do município, com destaque para a equipe VII (Gráfico 12).

GRÁFICO 12: Incidência de Alteração de mucosa – Tauá – CE – Jul/Dez 2013

Quanto às ações de escovação supervisionada 72% das equipes apresentaram-se acima da média, com 45% delas com resultados bem acima (Gráfico 13). Destaque para as equipes da zona rural, que das equipes que não alcançaram a média, todas eram desta localização.

GRÁFICO 13: Proporção de Escovação Supervisionada – Tauá – CE – Jul/Dez 2013

6 DISCUSSÃO

Para analisar as praxis do cirurgião-dentista na organização do processo de trabalho em saúde bucal na ESF, tomou-se didaticamente o referencial de Mendes-Gonçalves, que permitiu trabalhar em três categorias, a organização do processo de trabalho em si, através da percepção dos próprios profissionais, o perfil desta categoria inserida no trabalho e agente deste trabalho e os indicadores, que refletem os resultados das ações organizadas quantitativamente. Seguiu-se nesta linha didática para este capítulo de discussão.

6.1 A análise do perfil

Quanto ao perfil, interessante constatar que a maioria dos CD em Tauá era do sexo masculino (Gráfico 2), já que existe uma tendência nacional a feminilização da odontologia, como afirmam alguns estudos (MARTELLI *et al*, 2010; ROCHA e ARAÚJO, 2009). Porém, a distância dos centros de formação e da própria capital pode ser um fator que justifique tal constatação. Alguns autores (CAMPOS *et al*, 2009; NEY e RODRIGUES, 2012) apontam que profissionais do sexo masculino estão mais desprendidos a este processo, pois se preocupam menos com a fixação, assim como afirmam que a fixação dos profissionais se dão através da oferta de curso de pós-graduação, em especial residências em saúde, interesse em construir famílias e concurso público.

Observou-se que a maioria dos profissionais eram adultos jovens (Gráfico 3), na faixa etária de 25 a 30 anos, formados em média entre 2 e 5 anos. O Surgimento da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, atrelado as Novas Diretrizes Curriculares para os cursos de Saúde, a partir de 2005, abriu o campo de atuação da odontologia na área de Saúde Coletiva, em especial na ESF, o que justifica este elevado número de profissionais jovens. Percebe-se que a primeira experiência profissional na Odontologia, acaba sendo nas ESB, em especial, por ter sido para alguns deles um espaço de prática, devido a programas que estimulam os acadêmicos a atuação na área de saúde coletiva, como o PET. Outra ponto a destacar é a crise enfrentada pela odontologia liberal, que resulta em maior busca por uma possível estabilidade no setor público (FERREIRA *et al*, 2013; MOURA *et al*, 2013).

O processo de municipalização do SUS, diante de vários aspectos, está diretamente atrelado à interiorização da ESF e assim sendo, da saúde bucal, o que amplia acesso, garante melhorias de infraestrutura e impulsiona a qualificação dos cuidados (VIEIRA *et al*, 2013). Isto explica a boa cobertura de ESB na sede do município de Tauá – CE, mas ainda com baixa cobertura na zona rural (Gráfico 4). Observou-se que a totalidade dos profissionais que atuam na zona rural é do sexo masculino (Tabela 5), possivelmente

justificado pelo receio das profissionais do sexo feminino no deslocamento e na ausência da família, em especial de filhos, durante uma longa parte do dia.

Uma característica observada no perfil dos profissionais foi que a maioria deles estavam em formação em pós-graduação na área de Saúde da Família/Atenção Primária (Gráfico 5). Este fato provavelmente se deve ao Projeto Piloto de Planificação da Atenção Primária, que em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), habilitou um curso de especialização realizado no próprio município. Alguns artigos reforçam a importância da iniciativa dos municípios no papel da formação. No Município de Natal e no Estado de Pernambuco percebeu-se que aqueles que apresentavam boa porcentagem dos profissionais com formação da área de saúde pública, tinham sido por iniciativas do governo local (MARTELLI *et al*, 2010; ROCHA e ARAÚJO, 2009).

6.2 A análise da percepção do cirurgião-dentista sobre a organização do processo de trabalho

O agente de trabalho em saúde, neste estudo o cirurgião-dentista tem o poder da tomada de decisão seja para beneficiar ao outro ou a si próprio, seja para gerar mudanças de práticas que podem transformar a qualidade do serviço, abdicando da exclusividade do uso de tecnologias duras, para a inserção de tecnologias leves, que garantem acesso, equidade e vínculo (MENDES-GONÇALVES, 1992). Neste sentido reforça-se a importância da análise da percepção dos cirurgiões dentistas sobre a organização do processo de trabalho da sua equipe.

Como apresentado nos resultados, quanto à organização do processo de trabalho, numa análise geral, as equipes autoavaliaram como muito satisfatório e satisfatório (Tabela 7). Entretanto, ao considerar a agenda de trabalho, nitidamente focada para a clínica (Tabela 22) verifica-se uma falta de conhecimento em relação planejamento e organização do processo de trabalho em Equipes de Saúde da Família ou um desinteresse por parte dos profissionais. Esses dados são confirmados pelos estudos de Faccin *et al* (2013) que ao analisar o processo de trabalho num município da região Sul, os próprios entrevistados apontam a manutenção de práticas tradicionais, com uma assistência clínica curativa. Nota-se que mesmo boa parte dos profissionais terem uma formação recente, ou seja, mais direcionada para a prática na saúde coletiva, a prioridade de ação é a clínica.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam elementos para embasar na organização dos processos de trabalho, como interdisciplinaridade, integralidade da atenção – através de práticas de promoção, proteção, prevenção, tratamento, reabilitação e cura, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência – através da maximização da

hora-clínica e garantia do atendimento de urgência, além da utilização de parâmetros – levantamentos epidemiológicos e monitoramento de indicadores (BRASIL, 2004). Estes elementos deveriam estar inseridos na prática das equipes de saúde bucal, organizados na agenda de trabalho, de forma a proporcionar um serviço de qualidade. Analisar-se-á na sequência desta discussão a relação de cada item auto percebido pelos profissionais, que chegaram à análise geral, dentro dos elementos da PNSB.

Ao serem questionados se a equipe de saúde bucal trabalhava com território definido, mantendo vínculo com a população e se responsabilizando pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde bucal, a maioria dos profissionais classificou-se como muito satisfatório (Tabela 8). Sabe-se que o município de Tauá apresenta micro áreas e áreas delimitadas, com total cobertura dos agentes comunitários de saúde e clientela em torno de 3000 usuários por equipe, na média preconizada pela PNAB (BRASIL, 2011). Esta realidade é confortável diante de algumas encontradas pelo Brasil e mesmo no estado do Ceará. Lourenço *et al* (2009) apontam como limitação para o desenvolvimento do trabalho das equipes, relatado pelos profissionais, o número excessivo de usuários adscritos no território, tendo no mínimo 4000 habitantes/equipe.

Entende-se que este território é dinâmico, e estratégias de ações de diagnóstico situacional e envolvimento da comunidade nas ações são fundamentais para um serviço organizado, de acordo com a necessidade local. Na odontologia, diagnósticos situacionais podem ser realizados através de levantamentos epidemiológicos. Estes são sugeridos pelo Coordenação Nacional, através do Caderno da Atenção Básica nº 17 (BRASIL, 2006) e induzidos pelo PMAQ, que questiona durante a avaliação externa e solicita comprovação da realização de levantamentos para a situação de cárie dentária, doenças periodontais, alterações de mucosas e necessidades de próteses dentárias (BRASIL, 2013).

Embora os profissionais tenham classificado o desempenho, em sua maioria como muito satisfatório (Tabela 9), não foi identificado na agenda de trabalho (Tabela 22), momentos para a realização de ações de levantamento epidemiológico. Lemos *et al* (2010) e Cunha *et al* (2011) apontam a importância destas ações para as o planejamento das ESB, de forma a ser mais resolutivo nas necessidades mais imediatas da população. Antero *et al* (2010) em seu estudo na cidade de Fortaleza – CE, sinaliza a realização destes em escolares, além de um levantamento realizado em domicílios, porém os profissionais afirmam pouco utilizar das informações. É notável a incipiência das ações de levantamento epidemiológico

em saúde bucal, apontados também em estudos no município de Recife – PE e no estado do Piauí, realizados por Pimentel *et al* (2012) e Moura *et al* (2013).

Quanto ao cirurgião-dentista organizar e compartilhar sua agenda de atendimento individual com os vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho possa assegurar a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários, mais uma vez os profissionais se autoavaliaram como muito satisfatório (Tabela 10), porém, sem mencionar na agenda de trabalho momentos de reunião com as equipes (Tabela 22). Giudice *et al* (2013) afirmam a importância da programação da agenda com a equipe. Pimentel *et al* (2012) chamam atenção que para além da equipe é importante que haja o envolvimento da comunidade, de forma a conhecer o fluxo do serviço. Já Rocha e Araújo (2009) reforçam a importância da participação da equipe e ponderam sobre a importância da autonomia do CD e do poder de decisão, desburocratizando o processo e facilitando a execução do trabalho, ao contrário de quando a agenda vem determinada pela gestão.

Já vem sendo apontado a não participação das ESB em reuniões com a equipe de saúde da família, a partir da agenda de trabalho. Porém, ao serem questionados quase totalidade das equipes se perceberam com o desempenho muito satisfatório (Tabela 11). Embora seja importante respeitar a autonomia da equipe, algumas decisões devem ser institucionalizadas, como a determinação de uma agenda para as equipes se reunirem. Moura *et al* (2013) apontam que dentistas de alguns municípios do Piauí tiveram boa adesão as reuniões de equipe, em especial a partir do momento que esta prática foi institucionalizada. Porém Faccin *et al* (2010) chamam atenção que este momento para além de planejamento de ações e socialização das atividades, devendo ser um espaço para discussão de casos e de processos de trabalho.

A coordenação do cuidado enquanto atributo a APS e adotado como pressuposto da PNSB implica na equipe de saúde garantir a continuidade da atenção, a partir do reconhecimento dos problemas que requerem seguimento e se articular com os outros pontos da rede de atenção para a garantia do cuidado (STARFIELD, 2002). A ESB deve compreender a coordenação do cuidado como a sistematização da atenção ao indivíduo e familiares com o intuito de assegurar uma assistência integral, resolutiva e contínua (BRASIL, 2013). Lucena (2013) afirma que coordenação do cuidado “proporciona a continuidade do usuário durante o seu percurso na linha do cuidado” (p. 55).

Os cirurgiões-dentistas em Tauá – CE perceberam seus desempenhos em relação a coordenação do cuidado como muito satisfatório (Tabela 12). Estudos em João Pessoa – PB,

apontam que o entendimento dos dentistas sobre coordenação do cuidado está relacionada a garantia do cuidado, seja da atenção, do cuidado e do usuário no sistema, porém, alguns confundem com o papel da coordenação de saúde bucal (LUCENA, 2013).

Durante o processo de diagnóstico situacional, uma das etapas deveria ser a classificação do risco familiar, já que as famílias apresentam diferentes estilos de vida e formas de se relacionar com a sociedade, podendo ocasionar fatores de proteção ou fatores de risco (MENDES, 2012). Para garantia da integralidade, é sugerido às equipes, a utilização de estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos, como genograma, por exemplo (BRASIL, 2006). Quanto a este item, chamou-se atenção pela maioria das equipes terem percebido seu desempenho como satisfatório, e duas equipes como regular e muito insatisfatório (Tabela 13). Com este quadro posto, pergunta-se o grau de compreensão dos profissionais quanto às ferramentas de abordagem familiar. Para Cunha *et al* (2011) as técnicas de abordagem familiar, a partir da identificação de risco daquela família, garante que o serviço seja organizado de forma a priorizar as famílias de maior vulnerabilidade. Já Kusma *et al* (2012) apontam a importância destas ferramentas para direcionar as práticas promotoras de saúde. Vale resgatar que um dos atributos da APS é a focalização nas famílias, sendo as estratégias de abordagem familiar uma excelente estratégia para subsidiar linhas de cuidado, na perspectiva, inclusive, da coordenação do cuidado.

Ainda no cerne da discussão sobre estratégias de coordenação do cuidado, os cirurgiões-dentistas de Tauá – CE perceberam que quanto ao registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como seus retornos o desempenho da maioria das equipes foi classificado como muito satisfatório (Tabela 14). Esta prática vem sendo induzida pela CNSB, que durante a avaliação externa do PMAQ questiona a equipe sobre tal estratégia e solicita comprovação (BRASIL, 2013b). Lucena (2013) aponta estratégias, algumas propostas pelos próprios dentistas, como atenção integrada, através de prontuários eletrônicos, instrumentos de gestão de casos, programas de gestão da clínica e usos de protocolos, como meios de garantir a coordenação do cuidado, e assim da integralidade da atenção.

Quanto à realização de visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna, as equipes tiveram, em sua maioria, o desempenho foi classificado como satisfatório, porém houve um reconhecimento maior dos profissionais quanto a fragilidades nesta prática, já que um número maior de dentistas classificou seu desempenho em regular, insatisfatório e muito insatisfatório (Tabela 16). Estudos em Santa Catarina

apontam fragilidades nesta prática, em especial para idosos (COLUSSI e CALVO, 2011). Já outros estudos demonstram reconhecimento dos próprios profissionais quanto em ter dificuldades para a realização desta prática, e observou-se que quando realizadas, há um periodicidade muito variada, sendo colocados inúmeros obstáculos, como disponibilidade de veículos e resistência em realizar a visita a pé, pela comunidade (MOURA *et al*, 2013). Pimentel *et al* (2012) apontam a visita domiciliar como recurso útil para a saúde bucal quando há uma delimitação para o uso, mas afirmam que é uma excelente estratégia para obtenção de vínculo, além da possibilidade de ser um recurso para intervenções curativas em pacientes impossibilitados de se deslocarem até as unidades de saúde. Neste estudo em Tauá – CE, apenas dois profissionais apontaram na agenda de trabalho disponibilidade para realizar visitas domiciliares.

A carga horária mínima de 40 horas semanais é uma determinação da PNAB, para caracterizar o serviço de odontologia como ESB, sendo condição, inclusive para direcionamento do recurso financeiro (BRASIL, 2011). Ao classificarem seu desempenho, a partir da própria percepção, a maioria percebeu-se como muito satisfatório (Tabela 15), porém, ao analisar a agenda de trabalho, identificou-se que nenhum profissional programa suas atividades respeitando esta carga horária (Tabela 22). Atrela-se o cumprimento da carga horária a melhores condições salariais e garantia de direitos trabalhistas, que implicaria uma necessidade menor de um trabalho complementar as rendas nos consultórios particulares. Lourenço *et al* (2012) afirmam que a média salarial dos cirurgiões-dentistas era de cinco mil reais, para a carga horária de 40 horas, e que os profissionais que não tinham disponibilidade para tal, tinha salários menores. Esta realidade salarial não condiz com a média no Estado do Ceará, especialmente nas cidades de interior. Moura *et al* (2013) justificam que o não cumprimento da carga horária preconizada se dá pelo fato de boa parte dos profissionais não residirem no município que trabalham.

Ainda sobre carga horária, a otimização da hora-clínica é um dos elementos para organizar o processo de trabalho (BRASIL, 2004), que indica a necessidade de priorização da assistência clínica, porém garantindo espaços para realizar ações de prevenção, reuniões de equipe, visitas domiciliares, dentre outras. Esta determinação também não é cumprida pelos dentistas em Tauá (Tabela 22), havendo uma priorização para a assistência clínica, corroborando com os estudos (Martelli *et al*, 2010; Reis *et al*, 2009) que apontam a prática da saúde bucal como tecnicista e mutiladora, típica do modelo hegemônico.

Souza (2012) apresenta uma sugestão de agenda de trabalho baseada na experiência do município de Porto Alegre (Quadro 1).

1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia
Consultas de PA	Consultas de PA	Consultas de PA	Consultas de PA	Consultas de PA
Consultas Programadas	Consultas Programadas (famílias)	Consultas Programadas Supervisão de atividades	Consultas Programadas	Consultas Programadas Avaliação com a ESB
INTERVALO				
Consultas de PA	Consultas de PA	Reunião de Planejamento (equipe da US)	Consultas de PA	Consultas de PA
Consultas Programadas	Consultas Programadas (famílias)	Consultas Programadas (famílias)	Consultas Programadas (famílias)	Consultas Programadas
Ações Coletivas na US	Visitas Domiciliares	Reuniões Comunitárias	Ações Coletivas na US	Supervisão de atividades coletivas externas

QUADRO 4: Agenda de Trabalho semanal proposta por Souza, baseado na experiência em Porto Alegre
Consultas de PA: pronto-atendimento, referindo-se as consultas de urgência e outras demandas espontâneas.

Ainda no cerne da discussão sobre a agenda, os dentistas ao serem questionados quanto a realização de acolhimento a demanda espontânea, a maioria classificou o desempenho como muito satisfatório (Tabela 17), assim como quanto ao atendimento dos casos de urgências (Tabela 18), porém ao relacionar ao tipo de demanda apenas uma parte dos dentistas disponibilizaram na agenda espaço oportuno para a realização das mesmas. Tavares *et al* (2010) reforçam a necessidade da garantia do atendimento de demandas espontâneas, sejam elas de urgências ou não, tanto para a garantia do acesso quanto para a resolutividade.

Quanto ao monitoramento das ações os dentistas ao serem questionados sobre a utilização de sistemas de informação para qualificar a atenção em saúde bucal (Tabela 19) e se realizava monitoramento das ações e resultados (Tabela 20) perceberam seu desempenho para ambos como muito satisfatório ou satisfatório, reforçando mais uma vez aqui a ausência desta ação na agenda de trabalho. Pimentel *et al* (2010) justificam tal evidência quando os profissionais apontam que esta é uma atribuição da gestão, porém Antero (2010) afirma que cabe a gestão incentivar tais práticas aos profissionais.

6.3 A relação dos indicadores com o perfil dos profissionais e a organização do processo de trabalho

Apenas em 2006, dois anos após a implantação na PNSB, surgiram os primeiros indicadores para analisar as ações de saúde bucal, através do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006). Porém, na atualização do Pacto em 2010, os indicadores de saúde bucal foram retirados

devido a inconsistência das informações e a fragilidade na obtenção dos dados. Bordin e Fadel (2012) sinalizaram, em seus estudos, a fragilidade do SIAB, em especial para a saúde bucal, seja no preenchimento por parte dos profissionais, seja na digitação dos mesmos, ou até no envio para a base Nacional.

Apenas no final de 2011, com o advento do PMAQ, foram apresentados novos indicadores. Destes indicadores, que totalizam sete, apenas dois são remanescentes do Pacto pela Saúde – 1ª consulta odontológica e escovação supervisionada, porém quanto a este último tinha como público alvo crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, diferentemente de agora que o público alvo é a população em geral. Vale ressaltar que a ausência de uma série histórica impossibilitou a análise comparativa entre os mesmos, o que se propôs este estudo foi utilizar como parâmetro uma média, sobre um determinado período. Este parâmetro foi a média do próprio município, sendo as equipes comparadas a partir dele.

Quanto ao bom desempenho das equipes em relação a 1ª consulta odontológica (Gráfico 7), seja da população em geral, seja das gestantes (Gráfico 8), pode-se associar a priorização da agenda dos profissionais a demanda programada, o que possibilita a garantia de acesso à população. A definição de um território adscrito, com população total na média de 3000 habitantes, como é a realidade de Tauá, além da boa cobertura, também é um indicativo para demonstrar este bom desempenho nos indicadores supracitados. A elaboração do diagnóstico situacional juntamente com a abordagem familiar, deveriam ser elementos considerados para priorização dos usuários e suas famílias para atendimento odontológico. A percepção favorável para estes dois itens, embora sem destaque na agenda, pode ser um indício de bons resultados nos indicadores. Vale lembrar que além do PMAQ, que viabiliza recurso financeiro para as equipes, a partir de seus desempenhos, a Rede Cegonha, que prioriza a organização da rede materno-infantil, também garante recurso a partir de uma boa avaliação. Este último aponta a importância do acompanhamento odontológico à gestante, preconizando um mínimo de três consultas odontológicas por gestante (uma por trimestre), podendo ser este o indutor de um bom desempenho quanto ao indicador de 1ª Consulta odontológica à gestante (BRASIL, 2011b).

A maioria das equipes apresentou bom rendimento quanto ao tratamento concluído (Gráfico 9), porém uma proporção considerável das equipes não teve o mesmo desempenho. Acredita-se que a oferta à demanda programada seja um indutor para o resultado positivo, mas sabemos que inúmeros são os desafios para garantia da continuidade da assistência, seja por razões inerentes a equipe, como problemas com infraestrutura e insumos

(GIÓDICE *et al*, 2013), assim como fatores relacionados a absenteísmo e abandono de tratamento. Outro fator é a demora na finalização do tratamento, devido ao alto índice de prevalência de cárie ainda existente na população, em especial adulta (MARQUES *et al*, 2013). Pode-se associar também ao excesso de demanda reprimida existente (MARTINS e AGUIAR, 2011), o que gera um acúmulo e uma demora na conclusão dos tratamentos.

Quanto aos atendimentos de urgências (Gráfico 10), percebe-se que 64% das equipes ficaram abaixo da média do município, contradizendo a percepção da totalidade dos dentistas que se autoanalisaram como muito satisfatórios. Na agenda de trabalho, também se pode perceber a não disponibilização de forma ampliada aos atendimentos de urgência, limitando na maioria dos casos a alguns turnos específicos, assim como os de demanda espontânea. Pode-se afirmar que toda urgência é entendida como demanda espontânea, o que não vale ao contrário, já que nem toda a demanda espontânea é necessariamente um quadro agudo. Algumas equipes disponibilizam turnos inteiros apenas para o atendimento de demanda espontânea e/ou urgências, precisando ter a cautela de que o atendimento a demanda espontânea é necessário, tanto para garantia de acesso e 1º contato, tanto para a resolução do quadro agudo, mas não deve se constituir como o condutor para o processo de organização do serviço (TAVARES *et al*, 2013). Este mesmo autor ainda aponta que existe uma necessidade de se organizar ações que utilizem de estratégias para priorização da população prioritária, como sugerido pela própria PNSB (BRASIL, 2004) a organização e compartilhamento da agenda com a equipe, também apontado como muito satisfatório pelos dentistas e também sem registro na agenda de trabalho.

Através do Programa para Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica, instituído em 2011, tentou-se induzir a procedimento de instalação de prótese na própria unidade básica de saúde, pela ESB, de forma a ampliar o acesso e reduzir o número de usuários com necessidade de uso de prótese, baseado no último levantamento epidemiológico realizado em 2010 (SB-BRASIL 2010), que evidenciou que 12,7% de jovens entre 15 e 19 anos, 68,8% de adultos entre 35 a 44 anos e 82,7% de idosos entre 65 a 74 anos, no Brasil, apresentam ausência dentária, ainda sem reabilitação (BRASIL, 2011c). Através da agenda de trabalho dos dentistas (Tabela 22), em Tauá, notou-se que este procedimento ainda não foi inserido enquanto prática das ESB, embora haja um destaque para o indicador, como representado pelo Gráfico 11. Aponta assim a existência de um serviço de referência, possivelmente o Centro de Especialidades Odontológicas, com eficácia na contra-referência, já que para equipes que não realizam o procedimento na AB, pode ser registrado os usuários

que tiveram a prótese instalada em outro serviço, daquela área adscrita que tenha sido constatado pelo dentista após a finalização do procedimento.

Segundo Dados do Instituto Nacional do Câncer quanto a estimativa da incidência de câncer o ano de 2014, neoplasias malignas com localização primária na cavidade oral é estimada em 3,7% dos homens brasileiros, sendo a quinta mais comum em homens, no Brasil, chegando a quarta na Região Nordeste (INCA, 2014). Estima-se uma incidência de 6,97/100 mil habitantes, em homens e 4,70/100 mil em mulheres, para o Estado do Ceará. Reforça assim, a importância de ações de busca ativa para alteração de mucosa, seja na prática clínica diária ou através de ações coletivas. Mesmo diante do exposto, o município de Tauá apresentou o indicador de incidência de alteração de mucosa (Gráfico 12) como um dos piores resultados. Cabe a coordenação municipal, juntamente aos profissionais da equipe elaborar estratégias e inserir a busca ativa ao câncer de boca como rotina no cotidiano de trabalho da ESB.

A prática da escovação supervisionada é uma das estratégias de incentivo a população a hábitos de autocuidado, funcionando tanto na garantia de uma higiene bucal adequada para uma eficiente remoção de placa bacteriana, que apresentam relação direta com as doenças periodontais, quanto para exposição ao flúor, presente nos cremes dentais e que ainda é apontado como principal medida preventiva para às cáries (FRAZÃO, 2012).

A escovação supervisionada é tradicionalmente a principal estratégia preventiva, seja individual ou coletiva, realizada pelas ESB. É notória a diminuição de incidência de cáries em crianças de 0 a 14 anos, através da comparação entre os levantamentos epidemiológicos realizados em 2000 e 2010, porém ainda percebe-se uma alta incidência de cárie na população em geral (BRASIL, 2011c). Tais informações reforçam a necessidade de aprimorar mais as estratégias para intensificar as práticas de escovação supervisionada pelas equipes.

Através do gráfico 13, percebeu-se que as ações de escovação supervisionada foram as que mais se destacaram dentre as ações, já que uma maioria das equipes teve um desempenho muito satisfatório. Embora não seja percebida na agenda de trabalho (Tabela 22) momentos específicos para tal ação, sabemos que estas podem ser realizadas previamente aos atendimentos clínicos, ou até mesmo por outras categorias profissionais como auxiliares e técnicas de saúde bucal, ou até mesmo os agentes comunitários de saúde.

Vale ressaltar que diante dos resultados alcançados durante esta pesquisa, pouco se percebeu a relação do perfil dos profissionais, com o resultado dos indicadores. Acredita-se que pelo número total de participantes (n=11) e por características muito semelhantes entre eles, quanto à idade, tempo de formação, tempo de atuação e até mesmo de formação entre eles, estudos que possam detalhar mais tais informações talvez sejam necessários para evidenciar mais a relação entre perfil e indicadores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização dos processos de trabalho em saúde muito avançou com a implantação das Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal. Com este estudo foi possível perceber que não há uma homogeneidade entre as equipes quanto a esta organização. Os processos de trabalho são organizados prioritariamente quanto à demanda programada, o que demonstra sinais de avanços, porém não foi possível identificar nesta pesquisa o público alvo desta demanda programada e como se dá o processo de entrada destes usuários no serviço. Quanto à demanda espontânea e os atendimentos de urgências, não há uma priorização integral em todas as equipes, evidenciando uma barreira clara de acesso às condições agudas. A condição de porta de entrada para todas as condições de saúde sejam crônicas e agudas, ainda é um desafio e este atributo está sendo ferido na prática da saúde bucal em Tauá – CE.

Há certa homogeneidade quanto aos dentistas para a percepção desse processo. Em sua maioria, esta autoanálise dos profissionais se deu como muito satisfatória, porém quando analisada a agenda de trabalho não foi possível ter o mesmo diagnóstico. A ideia de uma odontologia individualizada, focalizada, com a assistência clínica como ação prioritária ainda não foi superado neste município.

Percebeu-se que o perfil do profissional pouco interferiu nesta pesquisa, pois não havia muitas discrepâncias entre os dentistas, no geral os perfis foram muito semelhantes. Já os indicadores foi um grande desafio neste trabalho, pois com eles é possível fazer uma relação direta com a percepção, no sentido que poderia legitimar ou não a autoanálise do profissional, mas a ausência de uma série histórica e um parâmetro em nível de Coordenação de saúde Bucal inviabilizou uma discussão mais rica.

A Política Nacional de Saúde Bucal, no Brasil, ainda é muito recente. Faltam estudos, para além de levantamentos epidemiológicos para evidenciar a mudança de práticas, em especial quanto a organização do processo de trabalho.

Sendo assim, evidenciou que tal pesquisa alcançou seu objetivo principal, a luz do referencial de Mendes-Gonçalves, trazendo evidências quanto ao perfil profissional, a organização do processo de trabalho e a relação com os resultados e que tais elementos estão diretamente relacionados para construção de práticas trabalho em saúde bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. 2014

AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski et al . Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 47, n. 4, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000400010>.

ALCANTARA, Caroline Magalhães et al . Estudo comparativo da condição de saúde bucal de idosos não institucionalizados de Governador Valadares-MG, com a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para 2010. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300014>.

ALMEIDA, Gilmara Celli Maia de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, Sept. 2008 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900019&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900019>.

ALMEIDA, Tatiana Frederico de et al . Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 9, n. 3, Sept. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000300003>.

ALVES FILHO, Pedro; SANTOS, Ricardo Ventura; VETTORE, Mario Viana. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, Jan. 2009 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100004>.

AMARAL, J. F. J. Como fazer uma pesquisa bibliográfica. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2007.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Crsitina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: ____ **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª Ed. RIO DE JANEIRO. 2012.

ANTERO, C. **Atuação dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família**. 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

ARANA, G. A. C. **Uso de teorías y modelos en artículos de una revista latino americana de salud pública, 2000-2004.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP, p. 963-69, n. 41, v. 6, 2007.

ARANTES, Rui; SANTOS, Ricardo Ventura; FRAZAO, Paulo. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 2, June 2010 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200005>.

ARCIERI, Renato Moreira et al . Análise do conhecimento de professores de Educação Infantil sobre saúde bucal. **Educ. rev.**, Curitiba , n. 47, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602013000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602013000100016>.
Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.

BORDIN, Danielle; FADEL, Cristina Berger. Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara , v. 41, n. 5, Oct. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772012000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772012000500002>.

BRASIL. Portaria nº 1.444. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. 2000.

BRASIL. Caderno da Atenção Básica nº 17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 2006.

BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 2004.

BRASIL. Portaria nº 2.488. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. 2011a.

BRASIL. Portaria nº 1.459. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. 2011b.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: Resultados principais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 2011c.

BRASIL. Autoavaliação para melhoria do acesso e qualidade da atenção básica. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. 2013.

BRASIL. Avaliação externa para melhoria do acesso e qualidade da atenção básica. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. 2013b.

BUSATO, Ivana Maria Saes et al . Avaliação da percepção das equipes de saúde bucal da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (PR) sobre o tratamento restaurador atraumático (ART). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700034&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700034>

Campos, F. E. C.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, maio 2009.

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, Sept. 2011 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900007&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900007>.

CUNHA, Bernadete Aparecida Tavares et al . Saúde bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400019&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400019>.

EMMI, Danielle Tupinambá; BARROSO, Regina Fátima Feio. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, Feb. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100008>.

FACCIN, Deniz; SEBOLD, Rafael; CARCERERI, Daniela Lemos. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700076&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700076>.

FERRARI, A. T. Metodologia da pesquisa científica. São Paulo: Mcgraw-Hill do Brasil; 1992.

FERREIRA, Naiara de Paula; FERREIRA, Aline de Paula; FREIRE, Maria do Carmo Matias. Mercado de trabalho na odontologia: contextualização e perspectivas. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara , v. 42, n. 4, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772013000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772013000400011>

FRAZÃO, P. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):281-290, fev, 2012.

FREIRE, Maria do Carmo Matias et al . Determinantes individuais e contextuais da carie em crianças brasileiras de 12 anos em 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, supl. 3, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000900040&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004322>.

GIUDICE, Ana Claudia M. Pimenta; PEZZATO, Luciane Maria; BOTAZZO, Carlos. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 96, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100005>.

HOLANDA, Ana Larissa Fernandes de; BARBOSA, Aldenísia Alves de Albuquerque; BRITO, Ewerton William Gomes. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800024&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800024>.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. 2014.

KOVALESKI, Douglas Francisco; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; BOTAZZO, Carlos. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2006 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100017>.

KUSMA, Solena Ziemer; MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300003&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300003>.

LEMONS, Pablo Natanael et al . O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700056&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700056>.

LOPES, Michelle Cristina; OLIVEIRA, Viviane Maia Barreto de; FLORIO, Flávia Martão. Condição bucal, hábitos e necessidade de tratamento em idosos institucionalizados de Araras

(SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600033&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600033>.

LOURENCO, Eloisio do Carmo et al . A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800009>.

LUCENA, E. H. G. **Análise descritiva da coordenação dos cuidados em saúde bucal pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família: O caso de João Pessoa/PB**. 2013. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2004. 305p.

MARQUES, Regina Auxiliadora de Amorim et al . Prevalencia e extensao da carie dentaria radicular em adultos e idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, supl. 3, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000900059&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004365>.

MARTELLI, Petrônio José de Lima et al . Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 2, Oct. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800029&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800029>.

MARTINS, P.; AGUIAR, A. S. W. Acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: Avanços e desafios na 11ª Região de Saúde do Ceará. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Ceará, v. 10, n. 1. 201

MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600011&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600011>.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; MOYSES, Samuel Jorge. Melhores práticas em sistemas locais de saúde: sob foco, a saúde bucal do idoso. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300006>.

MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MENDES GONÇALVES, R. B. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1ª Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MESAS, Arthur Eumann et al . Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 3, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300007>.

MINAYO, M.C.S. Souza ER, organizadoras. Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. Internet:<<http://www.datasus.gov.br/cgi/sim/dxopcao.htm>>. Acesso em 05 out. 2014.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; LIMA, Levi Abraão Marinho; MACHADO, Maria Helena. Sociologia das profissões e percepção de acadêmicos de Odontologia sobre o Agente Comunitário de Saúde em Saúde Bucal. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 15, n. 39, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. Epub Aug 19, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000022>.

MOURA, Marcoeli Silva de et al . Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, Feb. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200018&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200018>.

MOURA, Marcoeli Silva de et al . Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, Feb. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200018&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200018>.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102006000400019&lng=en&nrm=iso>. access
 on 05 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400019>.
 NEVES, Eduardo Borba. Escrevendo a Metodologia do Estudo. In: _____. Manual de metodologia da pesquisa científica. RIO DE JANEIRO. 2007.

NEVES, Matheus; PRETTO, Salete Maria; ELY, Helenita Corrêa. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara , v. 42, n. 5, Oct. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772013000500008&lng=en&nrm=iso>. access
 on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772013000500008>.

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400003&lng=en&nrm=iso>. access
 on 03 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>.

NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fábio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigaray da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, Feb. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200002&lng=en&nrm=iso>. access
 on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200002>.

OLIVEIRA, J. C. Estudo bibliométrico das publicações de custos em enfermagem no período de 1966 a 2000 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

OLIVEIRA, Luísa Jardim Corrêa de et al . Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 6, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601039&lng=en&nrm=iso>. access
 on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004688.OPAS,2011>

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: _____. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. cap. 15. p. 547-573.

PARESQUE, M. A. C. et al. Atenção em Saúde Bucal e a Operacionalização das suas práticas na Estratégia em Saúde da Família a partir da Residência Multiprofissional no município de Sobral. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Ceará, v. 8, n. 2. 2009.

PARISOTTO, Thaís Manzano et al . Dental caries and related factors in Brazilian children from fluoridated and non-fluoridated areas. **Rev. odonto ciênc. (Online)**, Porto Alegre , v. 25, n. 4, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65232010000400003&lng=en&nrm=iso>. access
 on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-65232010000400003>.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>> Acesso em 01 de Nov de 2012.

PEREIRA, Carmen Regina dos Santos et al . Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300005>.

PEREIRA, Carmen Regina dos Santos et al . Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, May 2009 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500005>.

PEZZATO, Luciane Maria; L'ABBATE, Solange; BOTAZZO, Carlos. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, July 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700025&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700025>.

PIMENTEL, Fernando Castim et al . Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, July 2010 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400033&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400033>.

PIMENTEL, Fernando Castim 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300015&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300015>.

REIS, Claudiojanes dos et al . Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400035&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400035>.

RIGO, Lilian; SOUZA, Eliane Alvim de; CALDAS JUNIOR, Arnaldo de França. Experiência de cárie dentária na primeira dentição em município com fluoretação das águas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 9, n. 4, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000400008>.

ROCHA, Evelin Cristina Araújo da; ARAUJO, Maria Arlete Duarte de. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 2, Apr. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122009000200010>.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, May 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300034&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300034>.

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Aug. 2008 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400008>.

SALIBA, Nemre Adas et al . Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700099&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700099>.

SANTOS, Adriano Maia dos et al . Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, Jan. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100009>.

SILVA, Débora Dias da et al . Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600017&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Nov. 2012. Epub Sep 16, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000068>.

SILVA, Débora Dias da; SOUSA, Maria da Luz Rosário de; WADA, Ronaldo Seichi. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Apr. 2004 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200033&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200033>.

SOUZA, D. S. Gestão do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde. In: _____. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. Ed. São Paulo: Artes Médicas, 2012. cap. 10. p. 125-134.

SOUZA, Marcos Augusto de Andrade; VIANNA, Maria Isabel Pereira; CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 6, n. 3, Sept. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000300007>.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, Nov. 2007 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100020&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100020>.

STARFIELD, B. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield B, editor.

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 debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 99, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400010>.

TERRERI, André Luiz Marçal; SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldês. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 7, July 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700013&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700013>.

TESCH, Flávia Cariús; OLIVEIRA, Branca Heloísa de; LEAO, Anna. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, Nov. 2007 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100003&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100003>.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. Métodos de pesquisa em atividade física. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

TRAD, Leny A. Bonfim, Desafios éticos e tecnológicos do trabalho com família. In: _____. Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas. RIO DE JANEIRO, 2010.

VIEIRA, Vladen et al . Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 3, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Orientações para preenchimento do Instrumento

O questionário está organizado em duas etapas. A primeira consiste num levantamento do perfil de formação e tempo de atuação. A segunda refere-se a sua percepção enquanto sua atuação como integrante de Equipe Básica de Saúde Bucal.

A segunda etapa está organizada em duas subdimensões (Perfil da Equipe e Organização do Processo de Trabalho). Em cada subdimensão há uma descrição referente a mesma, que também apresentará alguns padrões de qualidade que deverão ser classificados por você. Tais padrões de qualidade estão organizados no esquema abaixo:

Número do Padrão	Descrição do padrão de qualidade: afirmação acerca da qualidade esperada	Escala numérica: grau de adequação do padrão a situação analisada
Detalhamento do padrão de qualidade: comentário explicativo/detalhamento do padrão.		

Após a leitura da descrição padrão de qualidade marque um “X” no número que represente sua percepção em relação a este item referente a sua prática profissional como integrante de uma Equipe Básica de Saúde Bucal neste município. Vale lembrar que a leitura do detalhamento do padrão de qualidade é fundamental para a coerência de sua resposta.

Os padrões de qualidade serão classificados de 0 a 10 pontos, variando com o grau de satisfação do respondente em relação aquele ponto em questão “onde o ponto 0 (zero) indica não cumprimento ao padrão, o ponto 10 é a total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisadas em relação à qualidade desejada” (BRASIL, 2012, p.18).

Muito insatisfatório — — — — — — — — — — Muito satisfatório
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Deve estar claro que neste instrumento quando referir-se a Atenção Básica está implícito que a Saúde Bucal está inserida neste modelo de atenção, ou seja, sua percepção não será como integrante de uma equipe de atenção básica de forma generalizada, mas especificamente como equipe básica de saúde bucal.

Instrumento para Coleta de Dados – Cirurgião-dentista

Pesquisado nº _____

Etapa 1: Perfil

Nome do pesquisado: _____

Equipe/Território: _____ Zona: () Rural () Urbana

Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: _____ Sexo: () M / () F

Tempo de Graduação:

- () Menos de seis meses () Entre seis e um ano () Entre um e dois anos
 () Entre dois anos e cinco anos () Entre cinco e dez anos () Mais de dez anos

Tempo de Atuação na Estratégia em Saúde da Família:

- () Menos de seis meses () Entre seis e um ano () Entre um e dois anos
 () Entre dois anos e cinco anos () Entre cinco e dez anos () Mais de dez anos

Tempo de Atuação na Estratégia em Saúde da Família no município de Tauá:

- () Menos de seis meses () Entre seis e um ano () Entre um e dois anos
 () Entre dois anos e cinco anos () Entre cinco e dez anos () Mais de dez anos

Tempo de Atuação na equipe atual:

- () Menos de seis meses () Entre seis e um ano () Entre um e dois anos
 () Entre dois anos e cinco anos () Entre cinco e dez anos () Mais de dez anos

Formação Complementar:

Especialização em Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica

- () Em andamento () Concluído () Não tenho

Especialização em outra área de Saúde Pública

- () Em andamento () Concluído () Não tenho

Outra especialização

- () Em andamento () Concluído () Não tenho

Residência em Saúde da Família

- () Em andamento () Concluído () Não tenho

Mestrado em Saúde da Família

- () Em andamento () Concluído () Não tenho

Mestrado em outra área de Saúde Pública

- () Em andamento () Concluído () Não tenho

Mestrado em outra área

- () Em andamento () Concluído () Não tenho

Doutorado em alguma área de Saúde Pública

- () Em andamento () Concluído () Não tenho

Doutorado em outra área

- () Em andamento () Concluído () Não tenho

Etapa 2: Processo de Trabalho

Subdimensão: Organização do Processo de Trabalho

A organização do trabalho na atenção básica é fundamental para que a equipe possa avançar tanto na integralidade da atenção, quanto na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. Consiste na organização do serviço e estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: diagnóstico situacional do território; território adscrito; ações no território, busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento

de urgências e emergências médicas e odontológicas do território durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população do território; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com normas e rotinas bem estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.

2.1	A equipe de saúde bucal trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde bucal.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	-----------------------

A Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica estabelece relações de vínculo e se responsabiliza pela atenção/resolução dos problemas de saúde bucal da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Conhece o território adscrito para obtenção de informações das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, para isso o ACS realiza o cadastramento das famílias de sua microárea.

2.2	A equipe saúde bucal planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade no planejamento das ações.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	-----------------------

A Equipe de Saúde Bucal faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, em conjunto com a Equipe da Atenção Básica, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. Dessa forma possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas são utilizados para a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, ampliando a compreensão da Equipe de Saúde Bucal em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores.

2.3	A Equipe de Saúde Bucal organiza e compartilha sua agenda de atendimento individual com os vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	-----------------------

A agenda da equipe de saúde bucal é recurso-chave para ampliar o acesso aos usuários; otimizar o tempo; priorizar e programar a atenção com base na análise das necessidades de saúde da população. Essa organização contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar. Assim como para a garantia de continuidade do cuidado (programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários. Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, oferta de atendimentos agudos e oferta de retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas.

2.4	A Equipe de Saúde Bucal participa das reuniões com a Equipe da Atenção Básica.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	-----------------------

A Equipe de Saúde Bucal participa das reuniões periódicas (semanal ou quinzenal) com os demais profissionais da atenção básica, com duração média de duas horas. Utiliza esse momento para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outras.

2.5	A Equipe de Saúde Bucal realiza a coordenação dos cuidados em saúde bucal.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A Equipe de Saúde Bucal compreende a coordenação dos cuidados como a sistematização da atenção ao indivíduo e familiares com o intuito de assegurar uma assistência integral, resolutiva e contínua. A Equipe elabora, acompanha e gere os projetos terapêuticos singulares, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. Atua como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde bucal, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários, em qualquer um desses pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articula também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Incorpora no seu processo de trabalho ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros.</p>		
2.6	A equipe de saúde bucal utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe de saúde bucal compreende a abordagem familiar como estratégia essencial para o conhecimento e compreensão da dinâmica das pessoas e famílias do território, adotando, assim, uma concepção de família ampliada, o que contribui para o desenvolvimento e sistematização da gestão do cuidado e a continuidade da assistência. Utiliza ferramentas que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, famílias e suas relações familiar e afetiva (trabalho, moradia, questões econômicas, entre outras). Essas ferramentas ou estratégias auxiliam também na compreensão da interação entre os membros e das transformações nos diferentes ciclos de vida. São exemplos: genograma, ciclo de vida, mapeamento da rede social significativa, FIRO, PRACTICE, visita domiciliar, prontuário familiar (organizados por microáreas ou outros mecanismos que facilitem a organização do território) etc.</p>		
2.7	A equipe de atenção básica faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como seus retornos.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A Equipe de Saúde Bucal mantém registrada as referências e contrarreferências. Essas informações são registradas nos prontuários clínicos para facilitar a coordenação dos cuidados e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.</p>		
2.8	A Equipe de Saúde Bucal oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica garante atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas, tendo em vista o seu amplo escopo de ações não apenas de atenção clínica individual, como também a realização de visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, acolhimento, ações de vigilância, ações coletivas no território e reuniões de planejamento e avaliação.</p>		
2.9	A equipe de saúde bucal realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica utiliza a visita domiciliar para possibilitar conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde bucal de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção. Cumpre ainda outras funções importantes como: identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição</p>		

de saúde e situação de risco e vulnerabilidade; conhecer as condições de moradia e trabalho, do entorno, hábitos, crenças e costumes; identificar situações de risco que demandem atendimento com encaminhamento oportuno à Unidade Básica de Saúde; estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientando sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde; informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas; orientar e acompanhar a população quanto as atividades de autocuidado em saúde bucal; registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da atenção básica. As visitas são programadas com os ACS, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam atendidas prioritariamente.

2.10	A equipe de saúde bucal realiza acolhimento à demanda espontânea em tempo integral.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	---	-----------------------

A equipe de saúde bucal oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com: escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, definição de critérios para agendamento programado de consultas, pronto-atendimento de ocorrências imprevistas e referenciamento para outros dispositivos da rede de atenção, quando for o caso, durante todo o horário de funcionamento da unidade e a todos os usuários do território, ainda que possam ter períodos de concentração do esforço conjunto da equipe, garantindo, assim, a acessibilidade e resolutividade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.

2.11	A equipe de atenção básica realiza atendimento nos casos de urgências odontológicas.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	--	-----------------------

A Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica acolhe a demanda de portadores de quadros agudos, fornecendo atendimento resolutivo às urgências odontológicas. Depois desse primeiro atendimento, a Equipe garante a continuidade do acompanhamento em agenda programada, ampliando, assim, a resolutividade da atenção à saúde bucal e fortalecendo o vínculo equipe–comunidade. Uma situação de urgência odontológica é entendida como ocorrência imprevista de agravo à saúde bucal, com ou sem risco potencial de vida, cujo atendimento não pode ser adiado, e a intervenção exigida está no âmbito de resolutividade da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica.

2.12	A Equipe de Saúde Bucal utiliza a informações dos sistemas de informação para qualificar a atenção em saúde bucal.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	--	-----------------------

A Equipe de Saúde Bucal utiliza, de forma sistemática, os dados dos sistemas de informação (SIA e SIAB) para avaliar suas ações e planejar a ofertas de serviços odontológicos no território.

2.13	A equipe de saúde bucal realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.	01 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	--	-----------------------

A equipe monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a correção de rumos. Entende que monitorar, avaliar e discutir resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, amplia a possibilidade de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.

Etapa 3: Matriz para construção da agenda de trabalho

Preencher a agenda padrão de trabalho, numa lógica semanal, apontando se uma determinada atividade varia de uma semana para outra.

	SEGUNDA- FEIRA	TERÇA- FEIRA	QUARTA- FEIRA	QUINTA- FEIRA	SEXTA- FEIRA
MANHÃ					
TARDE					
NOITE					

OBS:

APÊNDICE B

Pesquisado nº _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezada Senhor (a)

Sou cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e Especialista com caráter de residência multiprofissional em Saúde da Família, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú em parceria com a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Estou realizando uma pesquisa denominada **ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** que tem por objetivo analisar a percepção do cirurgião-dentista sobre os processos de trabalho de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em municípios cearenses com mais de 100 mil habitantes.

Neste sentido solicito sua colaboração na participação desta pesquisa, respondendo algumas perguntas que serão feitas utilizando como método para coleta das informações um questionário. Enfatizo que o questionário consiste em uma série de perguntas, onde você só precisará responder todos os pontos, marcando apenas uma opção. Gostaria de deixar claro para o senhor(a) que sua colaboração será muito importante para realização deste estudo e que essas informações são sigilosas, seu nome não será em nenhum momento divulgado. Os dados obtidos nesta pesquisa farão parte do nosso trabalho, mas sempre respeitarão o caráter confidencial do seu nome. Além disso, será somado às respostas obtidas na realização de outras entrevistas com mais profissionais.

Pretendo com essa pesquisa, obter informações que servirão como subsídios para melhoria do serviço de saúde bucal e do centro de saúde da família, uma vez que, geram possibilidade de avaliar o impacto da triagem por avaliação e classificação de risco. Além disso, proporcionaremos a aquisição de maiores conhecimentos sobre organização de serviço, acolhimento e humanização ainda tão desconhecida pela população e pelos profissionais de saúde.

Informo ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento;
- Participar deste grupo focal, não trará risco pra você. Entretanto, caso se sinta constrangido(a) em alguma informação poderá interromper o mesmo.
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: R: Felicidade, s/nº Bairro: Vila União Cel: (88) 9916-6347

Se desejar reclamar de algo sobre a Pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, pelo Telefone: (88) 36774255.

Atenciosamente,

Pesquisador

Assinatura do participante

CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Eu, _____, declaro que aceito participar da pesquisa: **ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, e estou ciente de que os resultados da pesquisa serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

Tauá, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante:
