

Universidade Federal do Pará
Universidade Federal do Amazonas
Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane – Fundação Oswaldo
Cruz
Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na
Amazônia

CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS
EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NAS UNIDADES DE
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE BENEVIDES

MÁRCIA CRISTINA DOS SANTOS GUERRA

BELÉM-PA

2011

Universidade Federal do Pará
Universidade Federal do Amazonas
Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane – Fundação Oswaldo
Cruz
Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na
Amazônia

MÁRCIA CRISTINA DOS SANTOS GUERRA

CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS
EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NAS UNIDADES DE
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE BENEVIDES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, área de concentração Dinâmica dos agravos e das doenças prevalentes na Amazônia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Fátima Feio Barroso.

BELÉM-PA

2011

Guerra, Márcia Cristina dos Santos

Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal nas unidades de atendimento odontológico de Benevides. / Márcia Cristina dos Santos Guerra; orientador: Regina Fátima Feio Barroso. – Belém, 2011.

74 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde, sociedade e endemias da Amazônia. Área de concentração: Dinâmica dos agravos e das doenças prevalentes na Amazônia) – Universidade Federal do Pará/ Universidade Federal do Amazonas.

1. Processo de trabalho 2. Equipes de Saúde Bucal 3. Assistência Odontológica
4. Integralidade 5. Saúde Bucal

CDD

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte e comunicado ao autor a referência da citação.

Belém, ____/____/____

Assinatura: _____

E-mail: profmarciaguerra@yahoo.com.br

MÁRCIA CRISTINA DOS SANTOS GUERRA

CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS
EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NAS UNIDADES DE
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE BENEVIDES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, área de concentração Dinâmica dos agravos e das doenças prevalentes na Amazônia.

Aprovado em de fevereiro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Katarine Antônia dos Santos Barile

FACULDADE METROPOLITANA DA AMAZÔNIA

Prof^ª. Dr^ª. Liliane Silva Nascimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Prof^ª. Dr. Pedro Paulo Freire Piani

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

*Dedico este trabalho a todos os meus
familiares e amigos que contribuíram
para a concretização deste sonho.*

Ao meu filho, Arthur, fonte da minha inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela força espiritual que Ele me concede todos os dias da minha vida.

Aos meus queridos pais, Mário e Nadir, e meus irmãos Márcio e Sylvia, por todo o amor, apoio, carinho e amizade.

Ao meu filho, Arthur, por ser a razão maior de todos os meus projetos de vida.

Ao meu querido Adson pelo amor, paciência, dedicação e companheirismo ao longo desta jornada.

Aos meus familiares, tios, tias, primos e primas que sempre estão na torcida pelo meu sucesso.

Aos meus amigos, que mesmo distante sempre acreditaram e incentivaram pela busca dos meus ideais. Em especial, ao amigo-irmão Rafael, que sempre está presente em todos os momentos importantes da minha vida e que é o meu companheiro das peripécias acadêmicas desde a graduação, incentivando o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Aos colegas da Faculdade Metropolitana da Amazônia que sempre foram compreensivos nas trocas de horários e pelo clima harmonioso que proporcionam, auxiliando na realização dos meus afazeres para a conclusão desta etapa.

Aos colegas de mestrado que compartilharam as dúvidas, experiências e vitórias.

À colaboradora Ana, secretária do curso de pós-graduação, por estar sempre solícita e pela paciência ao longo do curso.

Aos professores do mestrado por todos os conhecimentos e experiências que certamente enriqueceram este trabalho.

À Secretária de Saúde e aos colegas de trabalho de Benevides que autorizaram e possibilitaram a realização desta pesquisa.

Por fim, à Professora Regina Feio pela confiança depositada em mim e por servir de modelo de dedicação ao ensino e a pesquisa a ser seguido.

*Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão,
perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence
a quem se atreve... e a vida é muito para ser insignificante.*

Charlie Chaplin

RESUMO

O processo de trabalho envolve diversos aspectos que perpassam pelos meios que serão utilizados para se chegar a um resultado. No caso do processo de trabalho em saúde os meios são caracterizados pelo uso de tecnologias leves e duras que conduzam a resolutividade das necessidades apresentadas pela população assistida. Neste estudo foi realizada a caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal nas unidades de atendimento odontológico do município de Benevides-PA. Os aspectos observados foram em relação ao planejamento das ações de saúde bucal, os tipos de ações executadas pelas equipes de saúde bucal, os aspectos estruturais para a realização da assistência odontológica e aspectos relacionados aos recursos humanos e educação permanente dos profissionais. A amostra foi composta de 28 profissionais entre Cirurgiões-Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário com 26 questões abertas e fechadas referentes aos aspectos que interferem no processo de trabalho destas equipes. Os questionários foram aplicados nas unidades de saúde de lotação dos profissionais. Os dados foram processados e submetidos a análise quantitativa-descritiva. Os resultados demonstraram que a atividade de planejamento não conta com a participação de todos os profissionais, na opinião dos profissionais existe uma atuação que promove a integralidade do atendimento, no entanto as atividades de prevenção e promoção de saúde bucal são realizadas exclusivamente pelas equipes que atuam na estratégia saúde da família e o município por sua vez não promove atividades de educação permanente em saúde. Observando estes aspectos podemos afirmar que não há homogeneidade em relação ao processo de trabalho das unidades de atendimento odontológico do município de Benevides-PA.

Palavras-chave: Processo de Trabalho – Equipes de Saúde Bucal – Assistência Odontológica – Integralidade – Saúde Bucal.

ABSTRACT

The working process involves several aspects pervading the means that will be used to achieve a result. In the case of working process in health the means are characterized by the use of hard and soft technologies that lead to solve the needs presented by an assisted population. This study was performed to characterize the working process of oral health teams in the units of dental care in the city of Benevides located in the State of Pará. The aspects were observed in relation to the planning of oral health, the structural aspects for the realization of dental care and aspects related to human resources and continuing education for professionals. The sample consisted of 28 professionals including Dental Surgeons and Dental Assistants. To collect the data it used a questionnaire with 26 open and closed questions relating to aspects that interfere in the working process of these teams. The questionnaires were administered at health units where the professionals were working at. The data were processed and subjected to quantitative-descriptive analysis and percentage method. The results showed that the planning activity does not count with the participation of all professionals, for professionals there is an activity that promotes the full service, however the activities of prevention and oral health promotion are made solely by the teams working in the family health strategy, and the county in turn does not promote activities of continuing health education. Observing these things we can say that there is no homogeneity in relation to the working process of dental care units in the city of Benevides, State of Pará.

Keywords: Working Process – Oral Health Teams - Dental Care - Completeness - Oral Health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: Número e percentual de profissionais das Unidades de Saúde participantes em relação à categoria profissional e tipo de Unidade. Equipe de Saúde Bucal. Benevides - PA, 2011.....38
- Tabela 2: Distribuição das respostas sobre a realização e periodicidade da atividade de planejamento das ações de saúde bucal. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....39
- Tabela 3: Distribuição das respostas sobre a participação nas atividades de planejamento das ações de saúde bucal. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....40
- Tabela 4: Distribuição das respostas sobre a sobre as dificuldades para a realização das atividades de planejamento das ações de saúde bucal. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....41
- Tabela 5: Distribuição das respostas sobre a realização de levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população adscrita. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....42
- Tabela 6: Distribuição das respostas sobre a realização de procedimentos clínicos que assegurem a integralidade da assistência odontológica. Cirurgiões- Dentistas. Benevides-PA, 2011.....42
- Tabela 7: Distribuição das respostas sobre a eficiência do sistema de referência e contra-referência da rede municipal. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....43
- Tabela 8: Distribuição das respostas sobre a coordenação de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde bucal. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....43

Tabela 9: Distribuição das respostas sobre a disponibilidade de equipamentos e instrumentais. Equipe de Saúde Bucal das USF. Benevides-PA, 2011.....	44
Tabela 10: Distribuição das respostas sobre a manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos. Equipe de Saúde Bucal das USF. Benevides-PA, 2011.....	44
Tabela 11: Distribuição das respostas sobre a disponibilidade e reposição em tempo hábil de material odontológico. Equipe de Saúde Bucal das USF. Benevides-PA, 2011.....	45
Tabela 12: Distribuição das respostas sobre a disponibilidade de materiais didáticos e espaço físico para a realização de atividades de educação em saúde. Equipe de Saúde Bucal das USF. Benevides-PA, 2011.....	45
Tabela 13: Sugestões para incorporação de componentes na estrutura física das unidades para a melhoria das atividades das ESB. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....	46
Tabela 14: Distribuição das respostas sobre a jornada de trabalho no município. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....	47
Tabela 15: Distribuição das respostas sobre a realização de curso de especialização/capacitação na área da odontologia. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....	47
Tabela 16: Distribuição das respostas sobre a existência de um núcleo de apoio à formação permanente dos profissionais no município. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....	48
Tabela 17: Distribuição das respostas sobre o interesse em participar de atividades de educação permanente na sua área de atuação. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CD	Cirurgião-Dentista
ES	Educação em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde
PACS	Programa de Agendas Comunitários de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidades Básica de Saúde
UES	Unidade Especial de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1. A SAÚDE BUCAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	15
2.1.1. GESTÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO MUNICIPAL	17
2.1.2. A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA MUNICIPAL	22
2.2. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	24
2.2.1. PLANEJAMENTO EM SAÚDE	29
2.2.2. OS ASPECTOS ESTRUTURAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	31
2.2.3. RECURSOS HUMANOS E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	32
3. PROPOSIÇÃO	35
3.1. OBJETIVO GERAL.....	35
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4. METODOLOGIA.....	36
5. RESULTADOS	38
6. DISCUSSÃO	49
7. CONCLUSÕES.....	60
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE –A	67
APÊNDICE –B	73
ANEXO	74

1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, foram definidas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade, tendo em vista a redução da disparidade existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade concreta de oferta de ações de serviços públicos à população brasileira, que em seu Art. 196, nomina “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Através da edição de várias Normas e Portarias por parte do Ministério da Saúde objetiva-se operacionalizar o processo de consolidação do SUS conforme suas diretrizes e princípios, além da descentralização do setor saúde. Entre elas, podemos citar a Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde (NOB-SUS/1996), que preconiza a habilitação na condição de gestão plena do sistema, operacionalizando a constituição de sistemas municipais públicos de saúde (BRASIL, 1997).

Ainda no que se refere à NOB-SUS/1996, devemos ressaltar que esta estabelece as diretrizes relativas a cada esfera de governo, assim como, mais especificamente ao papel dos gestores municipais e suas responsabilidades, requisitos e prerrogativas na gestão plena da atenção básica (BRASIL, 1997).

Neste contexto, a gestão municipal tem como encargos planejar, orientar, promover a execução e avaliar as ações da saúde nas unidades municipais sempre objetivando gerir de forma plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Nesta conjuntura está inserido o chamado processo de trabalho em saúde, que segundo os preceitos Marxistas sobre o trabalho

inicia com o a idealização ou planejamento, seguida da atividade adequada a um fim ou resultado, ou seja, o trabalho propriamente dito, seu objetivo e seus meios.

As atividades adequadas a um fim ou resultado a que os Marxistas se referem incluem a estrutura física das Unidades, bem como a disponibilidade de equipamentos, materiais e recursos humanos compatíveis aos serviços oferecidos pela rede de saúde, proporcionando de maneira eficiente a acessibilidade aos serviços de forma equânime e integral.

A ação humana é um ato produtivo que modifica determinada coisa e como resultado produz algo novo. Quando se refere ao trabalho em saúde se diz que este está pautado no ato de cuidar da vida, como se o ato de cuidar do próximo, fosse de fato a alma da produção em saúde, tornando como objeto central o universo das necessidades de saúde dos usuários, seja individual, seja coletivo. Tais necessidades são expressas através da demanda pelas ações de cuidado, com a finalidade de realizar a produção social da vida e protegê-la (MERHY, 2008).

Para Jesus & Assis (2010), se percebe no âmbito do SUS um grande volume de tentativas em operacionalizar propostas que dêem conta da dimensão do acesso aos serviços de saúde, apontadas através das diversas políticas, aproximando o senso comum das práticas.

Como exemplos das diversas políticas implementadas pelo Ministério da Saúde, no campo da Saúde Bucal, podemos citar a incorporação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's) nos municípios.

A ESF busca operacionalização das ações de saúde pautada em seus princípios básicos, que são o cadastramento dos usuários, a adscrição territorial, o trabalho multiprofissional em equipe e a incorporação de práticas de promoção de saúde, de forma conjunta com os princípios do SUS já referidos anteriormente (CRUZ et. al., 2009).

No entanto, apenas o trabalho em equipe não garante a ocorrência de mudanças do modelo assistencial. Tais mudanças são possíveis através da valorização das tecnologias leves no processo de trabalho das equipes, como o acolhimento, o vínculo e a responsabilização. (FACCIN et. al., 2010).

Este trabalho tem como objetivo caracterizar o processo de trabalho nas unidades de atendimento odontológico no município de Benevides, através da observação do planejamento das ações nas Unidades de Saúde, descrevendo a estrutura disponível para a execução das ações de saúde nas referidas Unidades, identificando as formas de atuação das equipes de saúde bucal e verificando a oferta de cursos de aperfeiçoamento profissional para as equipes.

A relevância desta pesquisa está na oportunidade de observar e refletir sobre os diversos temas que circundam o processo de trabalho nas Unidades de Saúde estudadas através dos achados sobre os aspectos organizacionais, estruturais e os resultados no que se refere ao modelo assistencial em vigor, tendo em vista que todos os elementos do processo interferem diretamente na operacionalização e na qualidade dos serviços de saúde ofertados aos usuários.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A Saúde Bucal e o Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 1986, aconteceu a 1ª Conferencia Nacional de Saúde Bucal, em Brasília, definindo a saúde bucal como “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso aos serviços de saúde e à informação”.

Com o objetivo de firmar um compromisso dando continuidade ao processo de incentivo do Ministério da Saúde, aconteceu também em Brasília, em 1993, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que resultou na aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, destacando a importância da saúde bucal como direito de cidadania.

Durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, através de programas voltados para as doenças cárie e periodontal. O restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso se deve ao fato de que durante décadas, a política de saúde bucal no Brasil foi centrada na prestação de assistência à doença, e ainda hoje grande parcela da população brasileira não tem acesso a cuidados odontológicos em virtude da visão que se tem da assistência odontológica, que pela sua complexidade e “alto” custo, ficaria sempre relegada a um plano secundário, sendo a Odontologia considerada um apêndice nas políticas de saúde (OLIVEIRA, 2005).

O primeiro levantamento epidemiológico no Brasil, no campo da saúde bucal, aconteceu em 1986 quando o Ministério da Saúde (MS) realizou o levantamento na zona urbana de 16 capitais, que representavam as cinco regiões brasileiras. A amostra da pesquisa

foi composta por crianças, adolescentes, adultos e idosos, onde foram colhidos dados referentes à cárie dentária, doença periodontal e acesso a serviços (Brasil, 1988). O segundo levantamento foi realizado em 1996 nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos e gerando dados relativos à cárie dentária. (BRASIL, 1996).

Em 2000, o Ministério da Saúde discutiu sobre a realização de um projeto mais amplo. A idéia era de executar um levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural. Este projeto, hoje conhecido como “SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, teve início em 1999. Em 2001 foi realizado um estudo piloto, em duas cidades de diferentes portes populacionais - Canela-RS e Diadema-SP. Após a validação da metodologia e dos instrumentos desenhados para o estudo, foram executados o sorteio dos municípios amostrais e definido o início das oficinas de sensibilização nas diferentes regiões (Roncalli *et al*, 2000). Os exames foram realizados no período de maio de 2002 a outubro de 2003.

Roncalli (2006) relata que do ponto de vista da articulação com a política de saúde, os dados gerados pelo Projeto SB Brasil forneceram subsídios importante para a construção da Política Nacional de Saúde Bucal proposta em 2004, que ficou conhecida como “Brasil Sorridente”.

O Governo Federal primando pela redução das desigualdades e pela construção de uma política de inclusão social criou pela primeira vez uma política de saúde bucal para a população. O Brasil Sorridente é uma política que visa garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Esta política está articulada com outras políticas públicas de saúde respeitando os princípios e diretrizes do SUS. As suas diretrizes assistenciais objetivam a ampliação e qualificação da atenção básica, ampliando a acessibilidade a todas as faixas etárias e ofertando mais serviços em outros níveis, buscando a integralidade da atenção dos serviços de saúde bucal (BRASIL, 2004).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) disponibiliza em seu relatório final evidências de que a saúde bucal continua sendo um fator de exclusão social e que a mudança deste paradigma necessita muito mais do que ações de assistência odontológica desenvolvidas por profissionais competentes. O relatório ressalta que há que se desenvolver políticas intersetoriais visando a promoção da saúde e pautadas na universalização do acesso aos serviços de saúde, sem, contudo esquecer que para que haja este redimensionamento deve-se contar com a responsabilidade pública de todas as camadas sociais, tanto quanto com o compromisso do Estado nas três esferas de governo. (BRASIL, 2005).

Para Almeida e colaboradores (2010) a necessidade do controle social e a responsabilização pública presentes no relatório final da 3ª CNSB levam a uma reflexão sobre a necessidade de vinculação entre os setores da saúde e da educação, pois através desta associação seria possível corrigir tanto determinadas falhas intrínsecas ao processo de formação do Cirurgião Dentista, quanto para educar e conscientizar cada cidadão sobre a sua responsabilidade no processo de consolidação do SUS como política de saúde de caráter universal, equânime e integral.

A série “Pactos pela saúde” publicada pelo Ministério da Saúde (2006) reitera que a identificação e o reconhecimento das regiões de saúde, levando em consideração as suas individualidades, são de extrema importância para o processo de regionalização. Essa descentralização visa à racionalização dos recursos e ainda objetiva a garantia do acesso aos serviços de saúde, a promoção da equidade e da integralidade da atenção.

2.1.1. Gestão em Saúde no âmbito municipal

A gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde que nos níveis técnico-administrativo

e técnico-operacional desenvolve ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde (PAIM, 2003).

O gerenciamento local de saúde deve ser desenvolvido por profissional competente, capaz de liderar e agregar valor aumentando o potencial de sua equipe e conjugando esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de modo a aumentar a resolutividade do serviço na área de abrangência, em conformidade com o modelo assistencial pautado na epidemiologia social. (ANDRÉ & CIAMPONE, 2007).

Os mesmos autores referem que para conduzir processos de mudança nas organizações, dentre as competências do gestor local, a de liderança é mencionada por estudiosos da Administração, como indispensável. Essa competência é definida como a capacidade de reunir pessoas em torno de projetos, metas, objetivos e processos de trabalho, obtendo resultados significativos, motivação do grupo e clima de trabalho favorável. E concluem que para operacionalizar um dado modelo assistencial há necessidade de desenvolver localmente um modelo gerencial pertinente que seja capaz de favorecer as ações fundamentais à sustentação do processo de administração de recursos.

A Portaria N.º 267/GM, de 6 de março de 2001 foi a primeira regulamentação que trata do plano de reorganização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica traz no anexo I as atribuições dos profissionais de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF).

Atualmente não é mais considerado um programa de governo e sim uma estratégia incorporada às políticas públicas de saúde para a reorganização da Atenção Básica buscando entre outras coisas a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento, sendo denominada de Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2007).

As atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde bucal dizem respeito à participação do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações

desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família; à identificação das necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal; ao estímulo e execução de medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, a execução de ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência; à organização do processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal; à sensibilização das famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde, programação e realização de visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas e ao desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

É importante observar que estas atribuições são comuns à equipe de saúde bucal, ou seja, são atribuições que devem resultar de um trabalho em conjunto de todos os componentes da equipe em busca de um resultado favorável ao bom desempenho desta equipe e conseqüentemente para a população assistida (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria (nº 648/GM - 28/03/2006) trata também das atribuições específicas de cada profissional que compõe a equipe de saúde bucal: Cirurgião-Dentista (CD), Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Estes dois últimos merecem destaque, pois atualmente recebem uma nova denominação sendo conhecidos como: Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), respectivamente, no entanto não houve qualquer alteração nas atribuições que lhe competem.

Segundo a mesma Portaria dentre as atribuições específicas do Cirurgião-Dentista (CD) estão a realização de exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade, a realização de procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

A Portaria nº 648/GM define também que o CD deve assegurar a integralidade do tratamento em saúde bucal no âmbito da atenção básica para a população adscrita, de forma individual e coletiva, encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento, de acordo com o planejamento local, com resolubilidade.

Outros procedimentos clínicos são a realização de atendimentos de primeiros cuidados nas urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais, prescrição de medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados. Além de emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência e executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais (BRASIL, 2006).

Deve ainda, coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal, programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas, supervisionar o trabalho desenvolvido pelo TSB e o ASB, além de capacitar os demais membros da equipe de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal, promovendo maior integração das ações de saúde de forma multidisciplinar (BRASIL, 2006).

Em relação ao Técnico em Saúde Bucal (TSB) suas atribuições específicas são: realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, de selantes, executar raspagem, alisamento e polimento, realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista e deve auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos). Além disso, deve realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e

bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados (BRASIL, 2004).

Deve também cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos, gerenciar os insumos necessários ao adequado funcionamento da USF, acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal com os demais membros da equipe, possibilitando a integração destes e apoiar as atividades do auxiliar de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde nas ações de promoção e prevenção em saúde bucal. (BRASIL, 2006).

O Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) apresenta como atribuições específicas: proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados, realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do TSB.

No que se refere ao atendimento clínico deve preparar e organizar o instrumental e materiais necessários para uso durante o atendimento, instrumentalizar o cirurgião dentista ou TSB durante a realização de procedimentos clínicos e cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos. Além disso, é da sua atribuição agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento, acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal, realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados (BRASIL, 2006).

2.1.2. A assistência odontológica municipal

A atenção básica oferecida pelos municípios no Brasil deve obedecer aos requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde através de suas normativas. A assistência odontológica como parte integrante dos serviços de saúde ofertados está pautada na mesma prerrogativa. Neste contexto podemos observar, não só a publicação de normas específicas ao pleno funcionamento da atenção básica, mas também a implantação de programas de governo que reafirmassem a nova postura da assistência à Saúde deste país, como por exemplo, o surgimento da Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia em Saúde da Família (ESF) surge no Brasil, em 1994, com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF), como uma política nacional de saúde, num contexto rico de influências institucionais que determinaram a sua incorporação como política prioritária para o setor de saúde do país. Constituindo-se um modelo inovador de reestruturação e reorganização da atenção básica à saúde, pautado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular, o processo de implementação do PSF no Brasil foi claramente uma medida de reorganização e consolidação dos princípios do SUS, buscando transformá-los em ação efetiva (ROCHA & ARAÚJO, 2009).

O Ministério da Saúde com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) ressalta outro aspecto fundamental desta estratégia que diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe. Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço

de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Além disso, nas diretrizes da política nacional de saúde bucal já havia uma concepção de necessidade da expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazendo-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde almejava contribuir para a implantação e/ou melhoria de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (BRASIL,2004).

De acordo com as diretrizes os Centros de Referência de Especialidades Odontológicas (CREOs) seriam unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertando, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos estavam incluídos, dentre outros, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica (2006) relata os itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios, dentre eles:

As Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família devem estar inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes.

As UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião- dentista, auxiliar de consultório dentário, hoje chamado de auxiliar de saúde bucal

(ASB), ou técnico em higiene dental, hoje chamado de técnico em saúde bucal (TSB), auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros.

O município de Benevides, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2010), apresenta 22 estabelecimentos de Saúde, dentre estes, 11 estabelecimentos oferecem assistência odontológica, apresentando, portanto, várias Equipes de Saúde Bucal (ESB). A assistência odontológica do município está distribuída da seguinte maneira: uma Unidade Básica de Saúde, uma Unidade Especial de Saúde, oito Unidades de Saúde da Família e um Centro Especializado de Odontologia.

A Unidade Básica de Saúde que é o Centro de Saúde de Benevides conta com o serviço de três Cirurgiões Dentistas (CDs) e dois Auxiliares de Saúde Bucal (ASBs). A Unidade Especial de Benfica, conta com o serviço de um CD e um ASB. As Unidades de Saúde da Família: Benfica centro, Independente, Paraíso I, Paraíso II, Murinin I, Murinin II, Flores e Santos Dumont, contam cada uma delas com uma ESB modalidade tipo I, com um CD e um ASB em cada uma das referidas Unidades de Saúde, totalizando oito ESB. O Centro Especializado de Odontologia de Benevides apresenta quatro CDs e três ASBs. As especialidades encontradas no CEO de Benevides são: Odontopediatria, Endodontia, Periodontia e Cirurgia. O município não apresenta nenhum profissional com formação em Técnico em Saúde Bucal (CNES, 2010).

2.2. O processo de trabalho em saúde

O processo de trabalho em saúde constitui uma série de eventos que inclui desde a idealização da ação até o resultado a que esta ação irá levar. Não esquecendo que os meios utilizados para se chegar a um determinado resultado são de fundamental importância no processo de conclusão do trabalho.

Historicamente, quando falamos em processo de trabalho podemos nos reportar a Karl Marx. Em seu livro *O Capital* o autor declara que o processo de trabalho “(...) é atividade orientada a um fim para produzir valor de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais” (MARX, 1983a, p. 153).

Para Fonseca (2007), os conceitos marxistas sobre trabalho levam a reflexões na área da saúde que enfatizam que as necessidades de uma população são acolhidas por políticas públicas de saúde que expressam valores sociais e são historicamente determinados pelo desenvolvimento do modo de produção capitalista de acordo com os modelos do Estado. Aqui o ser humano deve ser visto como sujeito e não como objeto de capital.

A saúde da população depende, entre outros aspectos, da organização do plano gestor na orientação e promoção junto à sua força de trabalho qualificada, que neste caso são os profissionais de saúde, disponibilizando meios para que o trabalhador possa utilizar os conhecimentos técnicos e científicos de acordo com a necessidade da população assistida com a finalidade de promover assistência a esta população através do acesso aos serviços de saúde.

O SUS estabelece entre as suas diretrizes a integralidade e Mattos (2001) demonstra que a integralidade, pode ser compreendida como uma característica da atitude dos profissionais de saúde, mas também como a articulação entre assistência e prevenção e que para tornar de fato a atenção integral algumas condições são necessárias, entre elas, o envolvimento e a redefinição das equipes de saúde e de seus processos de trabalho. Neste contexto, a integralidade deve ser vista como fundamental no modo de organização do processo de trabalho para o atendimento das necessidades de saúde.

Merhy & Franco (2003) defendem a idéia de que o modelo assistencial precisa de mudanças. Essas mudanças estão relacionadas ao tipo de tecnologia utilizada para a produção da saúde. Os autores defendem um processo de trabalho baseado no uso de tecnologias leves, ou seja, relacionais, em detrimento do uso exclusivo de tecnologias duras. Desta forma entendem que o cuidado será realizado de forma integralizada uma vez que estará centrada nas necessidades dos usuários.

A saúde bucal como parte integrante da saúde geral do indivíduo não poderia ser esquecida. No que se refere à força de trabalho qualificada podemos observar a presença das equipes de saúde bucal inseridas nas Unidades de Saúde. A equipe de saúde bucal é formada pelo Cirurgião Dentista (CD) e pela Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Em algumas Unidades podemos ainda contar com a presença do Técnico em Saúde Bucal - TSB (BRASIL, 2004).

As Unidades Municipais de Saúde que oferecem atendimento odontológico possuem equipe de saúde bucal a qual é gerida por uma Coordenação de Saúde Bucal que tem como responsabilidade planejar e orientar a execução das ações de saúde bucal junto à população assistida, ou seja, dar suporte para que a equipe de saúde bucal possa atuar de forma a promover assistência e prevenção de doenças junto à comunidade.

Paim (2002), afirma que a formulação da teoria do processo de trabalho em saúde possibilitou uma reflexão sobre o objeto, os meios de trabalho, as atividades e os agentes.

Pereira (2003) afirma que o processo de trabalho das equipes de saúde bucal depende de uma série de fatores que devem ser avaliados. Entre eles, o aspecto organizacional, no que diz respeito ao planejamento prévio das ações de saúde e o aspecto estrutural, no tocante à estrutura física e de recursos materiais para a execução das ações propostas.

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), a adequação do processo de trabalho em saúde bucal ao modelo de atenção voltado à promoção de saúde e prevenção dos agravos requer interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, onde a

atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico e estes devem interagir com os demais profissionais das outras áreas permitindo uma visão holística do indivíduo e da realidade a que este está inserido.

Ainda de acordo com essas diretrizes, deve primar pela integralidade da atenção, onde a ESB deve estar capacitada para oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo, buscando alianças com os diferentes setores que influenciam na saúde humana como: educação, cultura, esporte, entre outros, promovendo a intersectorialidade. Ampliar e qualificar a assistência através da organização do processo de trabalho visando garantir a resolutividade das necessidades que motivaram os usuários a procurar a assistência.

E por fim, mas não menos importante, assegurar à ESB condições de trabalho com estrutura física, com políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de modo a garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária (BRASIL, 2004).

Segundo Aerts (2004), o papel do CD depende das características e necessidades de cada município, no entanto não se discute que a participação de equipes multiprofissionais que desenvolvam atividades de promoção e educação em saúde e proporcionem elevação dos níveis de saúde da população.

Em 2006 com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde relata como sendo características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

Definição do território de atuação das UBS, programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes,

considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea, desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida através do desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

Deve oferecer assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, operacionalizar a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento, realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas, participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações, desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde e apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Para Scherer (2009), o processo de trabalho deve se concretizar no chamado trabalho coletivo em saúde, onde os sujeitos das diversas profissões interagem com o unido objetivo de promover saúde na população em que atua, no entanto a autora destaca como pontos críticos para a gestão do trabalho em equipe a relação entre os sujeitos, a história das profissões de saúde e o seu exercício no cenário do trabalho coletivo em virtude de uma formação voltada para a assistência médica tradicional prescritora.

Reis *et al.* (2009), no seu estudo sobre a avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol- MG. Observa que ainda é muito perceptível a existência de uma prática iatrogênica-mutiladora em detrimento de ações de promoção e prevenção. Outro fator observado é que há uma grande necessidade de se organizar e definir melhor a forma de acesso aos serviços.

Chaves & Silva (2007) ressaltam que apesar da existência de alguns estudos sobre o perfil profissional dos Cirurgiões Dentistas que atuam no serviço público brasileiro, novos estudos são necessários no que se refere às implicações do perfil e características dos profissionais na organização dos seus processos de trabalho.

2.2.1. Planejamento em saúde

Roncalli (2006) expõe que no campo da saúde coletiva, são inúmeras as aplicações do conhecimento epidemiológico, particularmente as que estão articuladas ao planejamento e à avaliação dos serviços de saúde. O autor relata que no caso brasileiro, o uso da epidemiologia nos serviços de saúde é previsto em lei, tendo, portanto, suporte no campo jurídico-legal. A Lei 8080 de 1990, em seu capítulo II, artigo 7, diz que, no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, deve haver a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.

O mesmo autor ao se referir às experiências do uso da epidemiologia nos serviços de saúde bucal no Brasil, diz que são, de fato, muito tímidas, pois se considerarmos as duas principais alternativas de produção de dados epidemiológicos, seja a partir de dados secundários produzidos pelos serviços de saúde, seja pela geração de dados primários oriundos de pesquisas epidemiológicas transversais (os conhecidos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal), os modelos assistenciais em saúde bucal pouco têm se apropriado desta estratégia.

O autor faz uma crítica quando diz que “a proposta de incorporação de uma base epidemiológica, com vistas a um modelo de vigilância, e as perspectivas de continuidade de experiências como o SB Brasil ainda não estão claras no “Brasil Sorridente”. É importante

que o diagnóstico esteja articulado com as ações, mas isso não é suficiente para que a incorporação da epidemiologia à política de saúde bucal seja garantida.”

Segundo Vilasbôas & Paim (2008), o planejamento tem sido designado como um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores. Para os autores o planejamento consiste na transformação de um objeto em um produto, vinculado a uma dada finalidade, o que implica trabalho humano. Nessa transformação opera a tecnologia, que, nesse caso, expressar-se-ia mediante a utilização de saberes operantes, inspirados em técnicas e conhecimentos disciplinares, e saberes práticos, construídos “em ato”, para organizar a realização de práticas de saúde, com propósitos de manutenção ou transformação da situação de saúde. Essa formulação aproxima o planejamento do conceito de processo de trabalho e permite abordá-lo como um determinado tipo de trabalho, aquele que organiza outros trabalhos para a realização dos propósitos institucionais.

Jesus & Assis (2010) relatam que a área da Saúde Coletiva trata a questão do planejamento e dos seus dispositivos para organizar a rede de acessibilidade do SUS, através da observação da sua conformação e organização, seus fluxos, seus programas e as possibilidades de reorganização, para garantir o acesso dos usuários com universalidade, equidade e integralidade. Parte-se de ponderações teórico-conceituais até o desenvolvimento de estratégias de organização de redes assistenciais, avançando inclusive para a avaliação de resultados, se utilizando de metodologias participativas, incluindo os diversos sujeitos no processo de discussão.

Para Pimentel *et al.* (2010) os levantamentos epidemiológicos constituem um importante instrumento para o planejamento das ações. O autor afirma ainda que o planejamento das ações de saúde devem ser pautadas nas condições de saúde da população

assistida com o objetivo de estabelecer prioridades e direcionar a alocação de recursos de forma mais efetiva.

2.2.2. Aspectos estruturais nos serviços de saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (2006), estabelece que as Unidades de Saúde devem apresentar na sua estrutura física consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica, área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade. Deve disponibilizar equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica, garantindo os fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.

Além disso, ressalta que outro ponto importante para o funcionamento da rede de saúde é a existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou em 2006 o Manual de prevenção e controle de riscos em serviços odontológicos onde relata que as edificações que oferecem a assistência odontológica são caracterizadas pela relação entre função e ambiente, dessa forma deve possuir infra-estrutura necessária e adequada ao desenvolvimento das atividades odontológicas, inclusive podendo contar com ambientes de apoio para a realização das suas atividades. Afirma ainda que, obedecendo a orientações conjuntas constantes em legislação própria e legislação vigente no estado e município de sua localização

pode-se minimizar os riscos ou preveni-los, contribuindo para a qualidade dos serviços oferecidos.

A ANVISA (2006) orienta também que para que haja a oferta dos serviços odontológicos com garantia de seguranças para os usuários, pacientes e profissionais, além dos cuidados na escolha dos equipamentos e instalação dos mesmos deve-se optar por uma política de gerenciamento de manutenção – vista como um conjunto de ações que visam assegurar as boas condições técnicas de um equipamento, preservando-lhe as características funcionais de segurança e qualidade – podendo ser de dois tipos: manutenção preventiva, onde a intervenção é programada periodicamente antes do provável aparecimento de uma falha; e manutenção corretiva, quando a intervenção é realizada após o aparecimento de uma falha com o objetivo de restabelecer suas funções.

2.2.3. Recursos Humanos e Educação permanente em saúde

Historicamente, ao longo de décadas, o Curso de Odontologia sempre foi marcado por oferecer uma formação eminentemente tecnicista onde tanto o ensino quanto a prática profissional eram centrados em uma prática individualista voltada para a concepção liberal. No entanto, com a valorização da saúde coletiva este profissional de saúde vem sendo inserido no mercado de trabalho com uma concepção diferenciada da até então tradicional, implicando em mudanças significativas nas relações de trabalho que atualmente apresentam um caráter mais social e coletivo (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Essa mudança de paradigma é um processo que vem sendo estruturado há vários anos. Em 1996, a X Conferência Nacional de Saúde propôs que as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde das Capitais devessem implantar e manter técnica e financeiramente escolas de formação, com autonomia e integradas aos respectivos

Conselhos de Saúde, bem como às respectivas Secretarias de Educação e às universidades, podendo-se supor que privilegiadamente às Universidades Estaduais.

A Conferência destacou a importância do esforço de constituir uma política de desenvolvimento e formação que diga respeito às universidades e aos gestores em saúde e venha fortalecer o Sistema Único de Saúde. Esta integração ficou proposta inclusive para o desafio de formular programas permanentes de capacitação para os municípios. Nesta Conferência, não só foi novamente solicitada a regulamentação do artigo 200 da Constituição Nacional ou artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde, como também que o Ministério da Saúde apresentasse um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde (CECCIM *et al.* 2002).

Segundo o mesmo autor para afirmar a educação continuada/educação permanente em saúde, os participantes da XI Conferência Nacional de Saúde (2000) ressaltaram a necessidade de os governos Federal, Estaduais e Municipais assumirem sua parcela de responsabilidade com a formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde por meio do financiamento para a qualificação de pessoal no custeio do SUS. Ficou destacada, ainda, a necessidade de descentralizar e regionalizar os processos de formação. De um lado, pela capacidade/potencialidade/opção de problematizar as questões de saúde das regiões onde se inserem os programas de ensino e, de outro lado, pelo desdobramento das Escolas de Saúde Pública às instâncias regionais de coordenação do SUS nos estados.

Em seu estudo, Ceccim *et al.* (2002), conclui que é importante valorizar a descentralização da gestão em saúde, regionalizando a atenção e a formação. Estas últimas, necessariamente a serviço da primeira, possibilitarão, permanentemente, a revisão de planos e estratégias de ensino e roteiros de formação e educação continuada.

Ceccim *et al.* (2005) define a educação permanente em saúde como “um processo de atualização das práticas do cotidiano de trabalho, no qual se envolvem equipes de saúde, gestores e instituições”.

O Ministério da Saúde iniciou em 2009 o processo de constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde. Esta é considerada a principal estratégia do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento e para o fortalecimento do trabalho no SUS. A proposta em desenvolvimento possibilita a articulação entre gestores do SUS e instituições formadoras para adequar os processos de formação e educação permanente às necessidades do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A falta de profissionais com perfil adequado tem sido, ao lado de problemas de gestão e organização da atenção, um dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS. A proposta tem como prioridade as equipes de saúde que atuam na atenção básica. A educação permanente, além de propiciar a atualização técnica dos profissionais de saúde, possibilita analisar criticamente o processo de trabalho, identificar seus pontos de estrangulamento e elaborar estratégias adequadas para sua superação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A falta de capacitação e educação continuada para os profissionais, assim como um espaço físico inadequado para realização das atividades, a grande demanda reprimida de pacientes, a articulação da referência e contra-referência, a falta de capacitação para trabalhar em grupo, a ausência de profissionais de outras áreas, a falta de articulação entre os componentes da equipe e a dificuldade de substituição das práticas antigas e a aceitação do novo modelo são os principais fatores que dificultam e/ou impedem a implementação das características operacionais propostas pelo MS às ações de saúde bucal no PSF (ROCHA & ARAÚJO, 2009).

3- PROPOSIÇÃO

3.1- OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de trabalho nas unidades de atendimento odontológico no município de Benevides.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar o planejamento das ações nas Unidades de Saúde;
- Descrever a estrutura disponível para a execução das ações de saúde;
- Identificar as formas de atuação das equipes de saúde bucal;
- Verificar a existência de aperfeiçoamento profissional das equipes de saúde bucal.

4. METODOLOGIA

A pesquisa foi baseada na utilização de um método transversal e descritivo cujo desfecho foi a caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal que atuam nas unidades de saúde que oferecem atendimento odontológico no município de Benevides-PA.

Os dados foram coletados utilizando-se como instrumento um roteiro autogerenciado, através de um questionário pré-elaborado (Apêndice-A), contendo 26 questões abertas e fechadas referentes aos aspectos que interferem no processo de trabalho como os de natureza organizacionais e estruturais, entre outros.

Para a realização deste estudo primeiramente foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Benevides. Os dados foram inicialmente aplicados em uma amostra de 10 profissionais (estudo piloto) para ajustar o instrumento de coleta, verificando as dificuldades na aplicação do questionário e também em relação às perguntas previamente elaboradas possibilitando, portanto, a flexibilização do vocabulário, com a finalidade de facilitar a compreensão do entrevistado e aumentar a confiabilidade do instrumento de coleta.

Descartadas as dificuldades na obtenção das respostas do estudo piloto, o questionário definitivo foi aplicado pela pesquisadora previamente calibrada pela orientadora, nas unidades de saúde onde os profissionais atuam.

A definição da população de estudo foi estabelecida através de uma pesquisa na base de dados do DATA/SUS no site do Ministério da Saúde na página de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (<http://cnes.datasus.gov.br>), para verificar o total de Unidades de Saúde cadastradas com atendimento odontológico no município de Benevides-PA. A amostra inclui 30 profissionais entre Cirurgiões Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal, todos componentes das Equipes de Saúde Bucal das unidades com atendimento odontológico do

município de Benevides-PA, distribuídos em 10 unidades de atendimento que incluem as Unidades de Saúde da Família (USF Benfica Centro, USF Murinin I e II, USF Paraíso do Murinin I e II, USF das Flores, USF Independente, USF Santos Dumont), Unidade Especial de Saúde de Benfica e o Centro de Odontologia Especializado de Benevides.

Foram incluídos no estudo todos os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde com Equipe de Saúde Bucal no município de Benevides-PA. Foram excluídas do estudo as demais Unidades de Saúde que não possuem Equipe de Saúde Bucal no município de Benevides e que, portanto, não oferecem o atendimento odontológico aos usuários da rede municipal de saúde.

Este estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo e, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS/CNEP, 2001), relativa a pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa foi analisado, julgado e aprovado por um CEP (Comitê de Ética em Pesquisa ou Bioética) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sob o parecer de número 168/10.

Foi aplicado um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice-B) a população pesquisada para autorização na divulgação dos dados obtidos, sendo este designado em duas vias: uma ficou em poder do pesquisador e a outra com os entrevistados.

Os dados foram coletados e armazenados em formulário pré-elaborados para posterior análise. Foram verificados os resultados obtidos para a análise dos objetivos propostos e apresentados através de tabelas, com subsídio das discussões e análise dos dados referentes ao presente estudo. Em alguns casos os dados foram agrupados em uma mesma tabela com a finalidade de facilitar o entendimento dos resultados dentro do contexto da pesquisa. Para tabulação e análise dos dados foi utilizado o programa *Excel 2007* para o sistema operacional *Windows* e os mesmos foram submetidos a análise quantitativa-descritiva.

5. RESULTADOS

Tabela 1

Número e percentual de profissionais das Unidades de Saúde participantes em relação à categoria profissional e tipo de Unidade.
Equipe de Saúde Bucal. Benevides - PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Categoria Profissional	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cirurgião-Dentista	7 (50%)	7 (58,3%)	1 (50%)	15 (53,6%)
Auxiliar de Saúde Bucal	7 (50%)	5 (41,7%)	1 (50%)	13 (46,4%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

Os resultados expressos na Tabela 1 mostram o número de profissionais participantes da pesquisa que atuam nas Unidades de Saúde de acordo com a categoria profissional e o tipo de unidade. Vale ressaltar que o município apresenta oito Equipes de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal (ESB) cadastradas junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o que nos daria um universo de 16 profissionais compondo as ESB, no entanto uma equipe, composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), não está incluída no universo desta pesquisa devido os profissionais, no momento da coleta de dados, relataram que havia apenas 2 dias que tinham sido contratados para assumir os cargos, ficando portanto, ausente dos resultados obtidos por se acharem incapazes de relatar sobre qualquer atuação e situação vivenciada junto à Unidade de Saúde da Família na qual estão lotados. Os demais profissionais expressos na tabela compõem tanto os CDs que atuam no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) como especialistas, que são quatro, Endodontista, Periodontista, Cirurgia e Odontopediatria, quanto os CDs que deveriam atuar em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município como clínico geral, que são três, mas são alocados no mesmo prédio do CEO em turnos diferentes dos CDS especialistas por motivo de falta de espaço para a construção de consultórios odontológicos nas Unidades Básicas de

Saúde. Existe apenas uma ESB que atua em uma Unidade Básica de Saúde e que por agregar serviço médico especializado passou a ser chamada de Unidade Especial de Saúde (UES).

Tabela 2

Distribuição das respostas sobre a realização e periodicidade da atividade de planejamento das ações de saúde bucal.
Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim, semanalmente	3 (21,5%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (10,7%)
Sim, mensalmente	5 (35,7%)	5 (42,7%)	0 (0%)	10 (35,7%)
Não	6 (42,9%)	7 (58,3%)	2 (100%)	15 (53,6%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

A Tabela 2 mostra a distribuição dos dados sobre a realização e periodicidade da atividade de planejamento das ações de saúde bucal. Nas USF os resultados apontam que, oito profissionais relatam que esta atividade é realizada, mas houve discordância em relação à periodicidade de realização, pois destes três (21,5%) afirmam que a atividade ocorre semanalmente, enquanto que cinco profissionais (35,7%) afirmam que ocorre mensalmente e seis (42,9%) relatam que não existe atividade de planejamento das ações de saúde bucal. No CEO cinco (42,7%) relatam que a atividade acontece uma vez por mês, enquanto que sete (58,3%) indicam que esta atividade não ocorre. Na UES a equipe relata que não realiza atividade de planejamento das ações. Podemos observar, então, que mais da metade dos profissionais 15 (53,6%) afirma que não são realizadas atividades de planejamento.

Tabela 3

Distribuição das respostas sobre a participação nas atividades de planejamento das ações de saúde bucal.

Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Toda a equipe da USF	6 (42,9%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (21,4%)
Equipe de Saúde Bucal	2 (14,2%)	5 (42,7%)	0 (0%)	7 (25,0%)
Não participam	6 (42,9%)	7 (58,3%)	2 (100%)	15 (53,6%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

Os resultados expressos na Tabela 3 mostram quais os atores que participam das atividades de planejamento das ações de saúde bucal. Segundo os dados coletados nas USF seis participantes (42,9%) afirmam que todos os profissionais das Unidades de saúde da Família participam das atividades, incluindo além da ESB, os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Vale ressaltar que destes seis, dois relataram que apenas o médico da unidade não participa das reuniões. Dois profissionais (14,2%) relataram que o planejamento é realizado somente pela ESB e seis (42,9%) afirmam não participar de nenhuma atividade de planejamento. No CEO cinco profissionais (35,7%) afirmam que a ESB participa, enquanto que e seis (42,9%) relatam que não participam de atividade de planejamento. Na UES os profissionais indicam que não participam de atividade de planejamento.

Tabela 4

Distribuição das respostas sobre a sobre as dificuldades para a realização das atividades de planejamento das ações de saúde bucal.
Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Falta de compromisso dos profissionais	2 (14,2%)	3 (25,0%)	0 (0%)	5 (17,9%)
Falta de interesse dos gestores	5 (35,7%)	1 (8,3%)	0 (0%)	6 (21,4%)
Falta de tempo em comum devido à grande demanda de pacientes	3 (21,5%)	3 (25,0%)	0 (0%)	6 (21,4%)
Não responderam	4 (28,6%)	5 (41,7%)	2 (100%)	11 (39,3%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

Em relação às dificuldades para a realização das atividades de planejamento das ações de saúde bucal a Tabela 4 mostra que nas USF dois profissionais (14,2%) sugerem que se deve a falta de compromisso dos profissionais que atuam nas ESF, cinco (35,7 %) indicam que se deve a falta de interesse dos gestores em incentivar e promover as referidas atividades, três (21,5%) relatam a falta de tempo em comum para a realização de reuniões e quatro (28,6%) não souberam indicar qual seriam os fatores que dificultam a realização desta atividade. No CEO três profissionais (25%) sugerem que se deve a falta de compromisso dos profissionais, um (8,3 %) indica que se deve a falta de interesse dos gestores em incentivar e promover as referidas atividades, três (25%) relatam a falta de tempo para a realização de reuniões devido a grande demanda de pacientes e cinco (41,7%) preferiram não opinar, da mesma forma como a ESB da UES.

Tabela 5

Distribuição das respostas sobre a realização de levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população adscrita. Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Não	14 (100%)	12(100%)	2 (100%)	28 (100%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

A Tabela 5 mostra que todos os profissionais, 14 (100%) da USF, 12 (100%) do CEO e dois (100%) da UES afirmam que nunca realizaram levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população assistida pela área de atuação da sua equipe.

Tabela 6

Distribuição das respostas sobre a realização de procedimentos clínicos que assegurem a integralidade da assistência odontológica. Cirurgiões- Dentistas. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	7 (100%)	6 (85,7%)	1 (100%)	14 (93,3%)
Não	0 (0%)	1(14,3%)	0 (0%)	1 (6,7%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	15 (100%)

Os resultados expressos na Tabela 6 apontam que dos 15 CDs que atuam nas unidades que oferecem atendimento odontológico no município de Benevides apenas um CD do CEO relata não realizar procedimentos clínicos que promovam a integralidade da assistência odontológica ofertada aos usuários, onde estão incluídos o acolhimento, a orientação, a prescrição de medicamentos conforme o diagnóstico e o encaminhamento a outros níveis de atenção, objetivando a resolutividade de acordo com as necessidades dos usuários. Os demais CDs (14) afirmam que atuam promovendo a integralidade do serviço.

Tabela 7

Distribuição das respostas sobre a eficiência do sistema de referência e contra-referência da rede municipal.

Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	8 (57,1%)	11 (91,7%)	2 (100%)	21 (75,0%)
Não	6 (42,9%)	1(8,3%)	0 (0%)	7 (25,0%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

Em relação à eficiência do sistema de referência e contra-referência da rede municipal de saúde podemos observar na Tabela 7 que oito (57,1) dos profissionais da ESB das USF entendem que o sistema é eficiente, enquanto que seis (42,9%) não concordam. No CEO apenas um profissional (8,3%) julga que o sistema não é eficiente, enquanto que os demais 11 (91,7 %), assim como na UES os dois profissionais (100%) julgam o oposto. Desta forma podemos observar que 21 (75%) dos profissionais apontam este serviço como eficiente.

Tabela 8

Distribuição das respostas sobre a coordenação de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde bucal.

Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	14 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (50%)
Não	0 (0%)	12 (100%)	2 (100%)	14 (50%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

A Tabela 8 mostra que 14 (100%) dos profissionais das USF coordenam ações coletivas de promoção e prevenção em saúde bucal junto à população adscrita, enquanto que as demais ESB do CEO e da UES não realizam este tipo de atividade.

Tabela 9

Distribuição das respostas sobre a disponibilidade de equipamentos e instrumentais.
Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	13 (92,9%)	8 (66,7%)	2 (100%)	23 (82,1%)
Não	1 (7,1%)	4 (33,3%)	0 (0%)	5 (17,9%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

A Tabela 9 revela os dados sobre a disponibilidade de equipamentos e instrumentais necessários à realização do atendimento odontológico. Ela mostra que a maioria dos profissionais das ESB das USF, 13 (92,9%), CEO oito (66,7%) e UES dois (100%) consideram que os equipamentos e instrumentais são suficientes à realização do atendimento odontológico, em detrimento de apenas um (7,1 %) das USF e quatro (33,3%) do CEO que relatam o oposto. Podemos observar que a grande maioria dos profissionais 23 (82,1%) disponibilizam destes recursos para a realização da assistência odontológica.

Tabela 10

Distribuição das respostas sobre a manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos.
Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	4 (28,6%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (14,2%)
Não	10 (71,4%)	12(100%)	2 (100%)	24 (85,8%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

Quando questionados sobre a realização de manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos podemos observar na Tabela 10 que a maioria dos profissionais, 10 (71,4%) das USF, 12 (100%) do CEO e dois (100%) da UES indicam que não ocorre, enquanto que

quatro (28,6%) relatam que este tipo de manutenção é realizada. Portanto, grande maioria 24 (85,8%) afirmam que não há manutenção preventiva dos equipamentos.

Tabela 11

Distribuição das respostas sobre a existência de disponibilidade e reposição em tempo hábil de material odontológico.

Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	14 (100%)	11 (91,7%)	2 (100%)	27 (96,4%)
Não	0 (0%)	1 (8,3%)	0 (0%)	1 (3,6%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

A Tabela 11 mostra que a grande maioria dos profissionais 27 (96,4%), dos quais 14 (100%) das USF, 11 (91,7%) do CEO e dois (100%) da UES concordam que o material odontológico disponível é suficiente para a realização do atendimento, assim como este material é repostado em tempo hábil, sem prejuízo das atividades clínicas.

Tabela 12

Distribuição das respostas sobre a disponibilidade de materiais didáticos e espaço físico para a realização de atividades de educação em saúde.

Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	8 (57,1%)	2 (16,7%)	0 (0%)	10 (35,7%)
Não	6 (42,9%)	10(83,3%)	2 (100%)	18 (64,3%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

Em relação aos materiais didáticos e espaço físico para a realização de atividades de educação em saúde podemos observar na Tabela 12 que nas USF oito profissionais (57,1%) afirmam que o município disponibiliza, enquanto que seis (42,9%) relatam que o município

não disponibiliza estes recursos. No CEO a maioria 10 (83,3%), relata não disponibilizar de material e nem espaço físico para a realização deste tipo de atividade. Enquanto que a UES apesar de disponibilizar de espaço físico, não possui material didático disponível.

Tabela 13

Sugestões para incorporação de componentes na estrutura física das unidades para a melhoria das atividades das ESB.
Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	Total
Respostas	n (%)
Escovódromo	7 (25,0%)
Espaço físico para atividades ES	5 (17,5%)
Reforma do consultório	3 (10,7%)
Sala exclusiva para o RX	2 (7,1%)
Consultório exclusivo para Odontopediatria	2 (7,1%)
Não responderam	9 (32,2%)
Total	28 (100%)

Na Tabela 13 podemos observar as sugestões das Equipes de saúde Bucal para a incorporação de componentes na estrutura física das unidades de saúde com a finalidade de proporcionar melhoria das atividades executadas. A tabela mostra que nove profissionais (32,2%) não responderam a este questionamento, sete (25%) sugerem a instalação de escovódromo, cinco (17,9%) indicam que a disponibilização de espaço físico para a realização de educação em saúde pode trazer melhoria das atividades, três (10,7%) relatam que existe a necessidade de realização de reforma do consultório, onde foram citadas dentre as reformas necessárias a ampliação do consultório e a pintura do mesmo. Além disso, dois (7,1%) sugerem que a sala de RX seja exclusiva para este fim, assim como dois (7,1%) propõem que haja um consultório exclusivo ao atendimento de Odontopediatria.

Tabela 14

Distribuição das respostas sobre a jornada de trabalho no município.
Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
20h/ semana	0 (0%)	10 (83,3%)	2 (100%)	12 (42,8%)
40h/ semana	14 (100%)	2 (16,7%)	0 (0%)	16 (57,2%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

Em relação à jornada de trabalho dos profissionais podemos observar na Tabela 14 que 14 (100%) dos profissionais que compõem as ESB das USF tem carga horária de 40h/semana. No CEO 10 (83,3%) dos profissionais trabalham 20h/semana, enquanto que apenas dois (16,7%) trabalham 40h/semana, cujos profissionais estão incluídos na categoria de ASB e trabalham com dois CDs cada, um no turno da manhã e um no turno da tarde. Na UES dois (100%) trabalham 20h/semana.

Tabela 15

Distribuição das respostas sobre a realização de curso de especialização/atualização/capacitação na área da odontologia.
Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

Respostas	n (%)
Sim, por iniciativa própria	13 (46,4%)
Sim, por incentivo do município	1 (3,6%)
Não	14 (50%)
Total	28 (100%)

Os resultados expressos na Tabela 15 mostram que 14 (50%) dos profissionais não fizeram nenhum curso de especialização/ atualização/capacitação na área de atuação depois que começaram a atuar no município, enquanto que 13 (46,4%) fizeram cursos por iniciativa própria e apenas um (3,6%) participaram de cursos por incentivo do município.

Tabela 16

Distribuição das respostas sobre a existência de um núcleo de apoio à formação permanente dos profissionais no município.

Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Não	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

Na tabela 13 podemos observar os resultados obtidos quando os participantes foram questionados em relação a existência de núcleo de apoio no município que seja responsável pela coordenação de cursos na área de atuação dos profissionais e sobre o interesse em participar dos referidos cursos. Todos os profissionais 28 (100%) relatam não ter conhecimento de nenhum departamento ou núcleo de apoio a educação permanente no município.

Tabela 17

Distribuição das respostas sobre o interesse em participar de atividades de educação permanente na sua área de atuação.

Equipe de Saúde Bucal. Benevides-PA, 2011.

	USF	CEO	UES	Total
Respostas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	14 (100%)	12 (100%)	2 (100%)	28 (100%)

Na Tabela 17 podemos observar que a totalidade dos pesquisados relata ter interesse em participar de atividades de educação permanente na sua área de atuação.

6. DISCUSSÃO

Emergiram da análise quatro eixos temáticos: aspectos organizacionais, execução das ações de saúde bucal, aspectos estruturais relacionados aos serviços e aspectos de recursos humanos e aperfeiçoamento profissional. Através destes eixos, estruturou-se a discussão.

6.1. Aspectos Organizacionais:

Os resultados desta pesquisa apontam que quando questionados sobre a realização de atividades de planejamento das ações de saúde pouco mais da metade dos profissionais (53,6%) relatam que não participam de nenhuma atividade de planejamento. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Pimentel *et al.*, 2010 que infere em sua pesquisa que os Cirurgiões- Dentistas não demonstraram preocupação com o planejamento de ações, concluindo que não há a realização de um planejamento sistemático das atividades da odontologia na rede de saúde.

Um ponto importante que deve ser observado é o que se refere à importância do planejamento das ações de saúde para o processo de execução das ações propostas pelas equipes. Pimentel *et al.*(2010) ressalta que o planejamento deve ser baseado nas condições de saúde da população com o objetivo de estabelecer prioridades e direcionar a alocação de recursos, tornando possível ao desenvolvimento de práticas mais eficazes.

A falta de organização e de planejamento das ações de saúde bucal pode ocasionar em diversos entraves na condução do processo de trabalho da ESB, gerando situações que podem ir desde o desconhecimento das reais necessidades de intervenção da população assistida, perpassando pelo aumento da demanda reprimida principalmente no que se refere aos adultos que não fazem parte dos grupos prioritários e também em falhas no gerenciamento de insumos necessários à realização das atividades de saúde bucal.

Rocha & Araújo (2009) ressaltam que a falta de planejamento merece atenção especial, pois é citada pelos Cirurgiões-Dentistas como um aspecto que tem relação direta com o tipo de atuação da ESB nas Unidades de Saúde que oferecem atividades de saúde bucal.

Martins *et al.* (2009) em seu estudo sobre a percepção dos coordenadores de saúde bucal e Cirurgiões-Dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) observou que na opinião dos CDs os procedimentos de assistência em saúde bucal deviam ser planejados exclusivamente pela coordenação de saúde bucal para posteriormente serem executados pela equipe de saúde bucal.

No presente estudo dentre os demais profissionais que afirmam participar de atividades de planejamento (46,4%), aproximadamente a metade referem que há a participação de toda a equipe de saúde da unidade, incluindo a coordenação de saúde bucal, neste momento, enquanto que os demais afirmam que apenas a ESB realiza o planejamento das ações a serem executadas.

Ao relatar que esta atividade é realizada apenas pela ESB os dados assemelham-se com os achados de Faccim *et al.* (2010), que descreve em seu estudo aspectos relacionados a realização de atividades de planejamento e afirma que observou no discurso dos próprios profissionais de odontologia que mesmo quando as reuniões são realizadas periodicamente pela equipe de saúde das unidades o Cirurgião- Dentista e o Auxiliar de Saúde Bucal se fazem ausentes e atribui este fato a falta de compreensão da importância da participação nesta atividade pelos profissionais que se restringem à realização de ações técnicas específicas em detrimento de uma atuação enquanto profissional da área da saúde.

Por outro lado Krug *et al.* (2010) em sua pesquisa realizada em Santa Cruz do Sul-RS sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde na ESF observou que a maioria dos profissionais que responderam às questões sobre o planejamento das atividades

descreveram suas rotinas de trabalho afirmando que o processo de trabalho nas USF é pensado de forma coletiva, discutido dentro do contexto do território de abrangência e das situações vivenciadas. Relata ainda que a equipe de saúde da família decide em reunião tanto as ações por núcleo, como também as possibilidades de interação constante entre os membros da equipe e entre estes e a população assistida, preconizando a atuação multiprofissional como um direcionamento para o cuidado integral dos usuários.

Cubas (2005) em seu estudo sobre planejamento local relata que na opinião dos gerentes das unidades de saúde a participação das equipes de saúde na realização do planejamento é um elemento facilitador deste processo e ressalta ainda que este tipo de integração entre os componentes do grupo de trabalho representam dois objetivos fundamentais, fazer com que a equipe conheça os problemas vivenciados e organizar novas propostas de ações para minimizar estes problemas, caracterizando um planejamento participativo das ações de saúde. No entanto, apenas a participação no planejamento não é suficiente para a caracterização das mudanças. Além disso, os profissionais devem demonstrar envolvimento na execução das ações de forma a direcionar a busca por resultados satisfatórios.

No que se refere às dificuldades para a realização de atividades de planejamento os achados mostram que 39,3% dos profissionais não responderam este questionamento, deixando de contribuir com o estudo neste tema. Dentre os profissionais que responderam este questionamento 60,7% apontam a falta de compromisso dos profissionais, a falta de interesse dos gestores em promover e/ou incentivar esta atividade e a falta de tempo em comum devido a grande demanda de pacientes. Este último foi abordado por Rocha & Araújo (2009) como sendo um fator que influencia na integração da ESB com os demais profissionais das unidades de saúde, conforme a opinião dos Cirurgiões-Dentistas no levantamento realizado em ESF o que auxilia na prática multiprofissional das ações propostas.

A falta de planejamento prévio das ações de saúde traz como consequência inúmeras dificuldades observadas pelos profissionais para a realização desta atividade. Se não há planejamento um dos pontos que podem ser notados é a falta de sincronia entre a equipe, gerando a falta de tempo em comum para a realização desta atividade. Desta forma a falta de interação entre os membros da equipe ocasionam comprometimento da atuação multiprofissional, diminuindo as possibilidades de oferecer assistência integral à população.

A investigação epidemiológica das condições de saúde bucal da população deve estar inserida no plano municipal no que se refere a traçar metas, definir prioridades e organizar as formas de atuação das ESB de acordo com a realidade regional do município de maneira a direcionar as atividades e racionalizar a utilização dos recursos de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde bucal.

No entanto o presente estudo observou que quando os profissionais foram questionados sobre esta prática 100% afirmaram não ter realizado nenhum tipo de levantamento epidemiológico no município de Benevides-PA o que nos leva a sugerir que essa pode ser considerada uma falha do processo de organização e planejamento dos serviços de saúde bucal ofertados pelo município à medida que rompe o raciocínio de que o diagnóstico situacional como parte do processo de trabalho das ESB é considerado como um importante instrumento para o direcionamento das ações de saúde e posteriormente podendo ser utilizado como parâmetro para a avaliação da qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde através de uma publicação denominada Saúde Bucal- Cadernos de atenção básica preconiza o uso de levantamento epidemiológico como prática que constitui ferramenta indispensável para o planejamento e organização das ações de saúde bucal (BRASIL, 2006).

Cruz *et al.* (2009) observou em sua pesquisa que teve como temática o processo de trabalho das equipes de saúde bucal, que aproximadamente a metade dos investigados relatou que não haviam utilizado nenhum método de investigação epidemiológica no cotidianos dos serviços nos últimos 12 meses. Os demais investigados relataram que haviam realizado um tipo de estudo no mesmo período, no entanto estes estudos foram realizados em ambiente escolar e sem base populacional.

6.2. Execução das ações de saúde bucal

A realização de procedimentos que assegurem a integralidade da assistência odontológica inclui o acolhimento do usuário, orientações sobre saúde bucal, o atendimento clínico, prescrição de medicamentos e outras orientações e também o encaminhamento do paciente a outros níveis de complexidade conforme a necessidade. Ao observar os achados deste estudo podemos observar que 93,3% dos CDs que atuam no município de Benevides-PA relatam realizar procedimentos que assegurem a integralidade da assistência.

Os dados deste estudo vão de encontro aos achados por Souza & Roncalli (2007) que observaram em 19 municípios do Rio Grande do Norte que existe uma dificuldade muito elevada de realizar procedimentos que assegurem a integralidade. Os autores citam desde dificuldades de relacionamento até as dificuldades enfrentadas para a realização de referências a outros níveis de complexidade. Ainda neste contexto, Montenegro *et al.* (2010) ressalta a importância da humanização da assistência, pois assim como a integralidade, o acesso humanizado é uma das diretrizes do SUS e deve ser praticada entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde.

Cruz *et. al.* (2009) relata que acerca da integralidade das ações da ESB na ESF, avaliou em seu estudo a qualidade do acesso dos pacientes a níveis de maior complexidade da

atenção, onde pode observar que a maioria dos CDs apontou que mais da metade dos pacientes encaminhados relataram dificuldades de acesso ao serviço especializado e ressaltam que o tempo de espera para a realização do serviço é muito elevado.

No município de Benevides-PA 75% dos profissionais investigados relataram que o sistema de referência e contra-referência da rede municipal é eficiente. Esses dados são opostos aos achados de Pimentel *et al.* (2010) que aponta em sua pesquisa realizada na cidade de Recife-PE que na opinião da ESB o paciente referenciado na maioria das vezes não retorna a unidade de origem para a continuidade e/ou conclusão do tratamento e ressalta que o ideal é que o paciente referenciado retorne com o formulário de contra-referencia onde deve constar os dados de identificação do profissional, o diagnóstico e o tratamento realizado.

Outro ponto importante é a execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde bucal. No município de Benevides-PA podemos observar que esta é uma prática exclusiva dos profissionais que atuam na ESF. Esses dados assemelham-se com os resultados de Emmi e Barroso (2006) que avaliaram as ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro (PA) e perceberam, na fala dos usuários, que as orientações sobre higiene bucal, ora no formato de palestras, de visita domiciliar ou até mesmo na própria consulta foi um dos fatores considerados de maior relevância para a melhoria do serviço após a inclusão da ESB. Araújo & Dimenstein (2006) também observaram que os CDs do Rio Grande do Norte também referiram dificuldades em praticar as atividades preventivas na comunidade.

A atuação coletiva por parte dos profissionais de saúde bucal é tão importante quanto a atuação individual (SILVA *et al.*, 2011.). No entanto, um fator é determinante para que esta articulação seja bem sucedida, o entendimento da importância de agregar os tipos de atuação, promovendo procedimentos coletivos de promoção e prevenção em saúde bucal ao passo que os procedimentos clínicos reparadores também sejam executados, assegurando resolubilidade

das necessidades dos usuários através de um melhor direcionamento das ações de saúde bucal. Segundo o Ministério da Saúde (2006) a melhoria da assistência a saúde bucal por sua vez leva a um aumento da qualidade de vida da população.

Chaves & Silva (2007) observaram que quando o tema é a prática profissional no campo público de atenção à saúde bucal existem dois tipos de atitudes por parte dos profissionais. Alguns declaram que atuação coletiva é articulada com a prática clínica individual com a intenção de integrar os dois tipos de ações objetivando a oferta de um serviço de qualidade, enquanto que outros profissionais relatam que a atuação coletiva junto à comunidade faz parte de uma exigência do nível central de gestão, como produtividade de atividades e procedimentos coletivos, mas que não compreendem o propósito de tal articulação. Os autores apontam o padrão de organização do processo de trabalho, orientado por uma gestão participativa e com articulação das ações de saúde representam uma organização do trabalho que se aproxima mais dos princípios do SUS.

6.3. Aspectos estruturais relacionados aos serviços de saúde bucal

Na opinião da maioria dos profissionais que atuam no município de Benevides-PA em relação à disponibilidade de equipamentos, instrumentais e materiais para a realização dos procedimentos clínicos, assim como a reposição em tempo hábil desses materiais, faz com que a estrutura oferecida pelo município seja considerada satisfatória. Esse fator é de extrema importância, pois a odontologia é uma profissão que requer o uso de aparatos tecnológicos específicos para a atuação de seus profissionais. Vale ressaltar que o único nó crítico relatado pelos profissionais do município é a falta de manutenção preventiva dos equipamentos odontológicos.

Esses dados são contrários aos encontrados por Ferri *et al.* (2007) em seu estudo, onde os usuários relatam que a insuficiência de recursos de ordem estrutural, incluindo, entre outros fatores, a falta de equipamento odontológico afetam diretamente na oferta dos serviços de saúde bucal. Na pesquisa de Rocha & Araújo (2009) menos da metade dos profissionais entrevistados, aproximadamente 30%, classificaram as condições de trabalho em relação ao ambiente físico como muito boa ou boa. Vale ressaltar ainda que na opinião destes profissionais a disponibilidade de equipamentos e instrumentais novos e com um programa adequado de manutenção, assim como a utilização de material de qualidade e a regularidade de reposição de material odontológico são considerados fatores positivos para que a assistência odontológica seja realizada de forma eficiente nas UBS.

Marqui *et al.* (2010) encontraram dados semelhantes em estudo realizado em Minas Gerais. Ressaltando ainda que a falta de estrutura adequada à realização dos serviços de saúde acaba por levar os profissionais a ficarem desmotivados. O autor aponta também que esses problemas não são exclusivos da ESF, pois podem ser comumente encontrados no contexto da saúde pública brasileira.

Para Montenegro *et al.* (2010) a partir do momento que os serviços não estão capacitados a oferecer condições básicas, incluindo materiais e espaço físico adequado, há um comprometimento da resposta à demanda. Da mesma forma Rocha & Araújo (2009) observaram que na opinião dos CDs que atuam em Natal-RN, as condições físicas inadequadas das unidades de saúde configuram um dos fatores que dificultam a execução das atribuições dos profissionais da ESB previstas pelo Ministério da Saúde.

Outro ponto determinante das ações de saúde bucal realizadas pelos profissionais é a disponibilidade de materiais didáticos e espaço físico adequado á realização de atividades de educação em saúde. No município de Benevides-PA a maioria dos profissionais relata que estes recursos não estão disponíveis nas unidades de saúde. Neste contexto podemos inferir

que este é um dos aspectos que influencia diretamente na dicotomia presente no modelo de atenção em vigor no município.

Resultados semelhantes foram encontrados por Araújo & Dimenstein (2006) em estudo realizado no Rio Grande do Norte, onde os profissionais relataram que apresentavam elevada dificuldade na realização de práticas preventivas junto à comunidade devido à falta de material para a realização de educação em saúde ou, em alguns casos, por não saberem utilizar os recursos para esta finalidade.

Rocha & Araújo (2009) citam a falta de espaço físico adequado a realização de ações educativas como um dos aspectos citados pelos profissionais como fator negativo à realização das suas atribuições conforme as diretrizes do Ministério da saúde. Estes profissionais relatam que o fato de ser instalado um escovódromo na UBS já seria uma contribuição, pois com esta estrutura seria possível realizar ações educativas de higiene bucal em local adequado, melhorando a qualidade dos serviços oferecidos.

Entre as sugestões dos profissionais do município de Benevides-PA para a incorporação na estrutura física das unidades de saúde visando à melhoria das atividades da ESB os mais citados foram a instalação de escovódromo e a disponibilização de espaço físico para a realização de atividades de educação em saúde.

6.4. Aspectos de recursos humanos e aperfeiçoamento profissional

Em relação à carga horária dos profissionais, os achados revelam que todos os profissionais que atuam na ESF relataram trabalhar 40 horas semanais. Esse resultado é corroborado por Cardoso *et al.* (2009) em seu estudo sobre a análise do perfil dos Cirurgiões-Dentistas do Programa Saúde da Família na região metropolitana de Belém-PA. Com exceção

de duas ASB que atuam no CEO com jornada de trabalho de 40 horas semanais, os demais profissionais relataram trabalhar 20 horas semanais.

Segundo Rocha & Araújo (2009), que também encontrou o mesmo resultado em seu estudo realizado em Natal-RN, atuação em tempo integral, essa conduta está de acordo com o preconizado pelo Ministério da saúde que defende esta carga horária para estes profissionais por sustentar a idéia de que é uma condição necessária à criação de vínculos entre os membros das equipes de saúde da família e entre estes e os usuários assistidos pela equipe.

Em relação à formação profissional metade dos profissionais que atuam no município de Benevides-PA afirma não possuir nenhum curso de especialização/atualização na área de atuação. Em relação à outra metade apenas um profissional relata ter participado de capacitação profissional por incentivo do município. Os demais (46,4%) referem ter participado por iniciativa própria, no entanto poucos referem ter realizado algum curso na área da saúde coletiva.

Esses dados assemelham-se aos encontrados por Rocha & Araújo (2009) onde observaram que 43,10% dos entrevistados não possuíam nenhum tipo de especialização e entre os que possuíam a maior parcela relatou que não havia relação nenhuma entre o curso escolhido e a saúde pública ou coletiva. Este talvez seja um dos principais entraves observados na implantação de um novo modelo de assistência, a escassa capacitação profissional.

Os profissionais do município de Benevides-PA afirmaram que a secretaria de saúde do município não apresenta um núcleo ou departamento de capacitação profissional. No entanto, quando questionados sobre o interesse em participar de atividades de qualificação profissional, os mesmos foram unânimes em afirmar que possuem interesse neste tipo de formação.

Krug *et al.* (2010) também encontraram resultados similares quanto à capacitação profissional. Os profissionais apontam que acontece pouca ou nenhuma atividade de capacitação e relatam que algumas reuniões acontecem na Coordenadoria de Saúde do município de Santa Cruz do Sul-RS com o objetivo de trocar experiências, não havendo estímulo e nem acesso a cursos de capacitação profissional na área de atuação.

Neste contexto Cubas (2005), Marqui *et al.* (2010), Montanha & Peduzzi (2010) e Amestoy (2010) concordam que a educação permanente serve como um estímulo para o desenvolvimento das atividades de planejamento local, melhoria do serviço de saúde e maior interação entre as equipes que participam de atividades de qualificação profissional.

Cruz *et al.* (2009) e Figueiredo *et al.* (2010) concordam que o maior investimento por parte das instituições municipais em capacitação e sensibilização da equipe em temas relacionados à saúde coletiva são de grande importância na transformação do processo de trabalho das equipes de saúde. Ainda nesse contexto Rocha & Araújo (2009) afirmam que a capacitação profissional é fundamental para a compreensão e execução das atividades realizadas pelos profissionais de saúde.

Além disso, Pessanha & Cunha (2009) ressaltam que a educação permanente em saúde gera mudanças no processo de trabalho das equipes que atuam nas unidades de saúde permitindo que sejam corrigidos descompassos e atendendo as necessidades do SUS a partir do diagnóstico situacional, onde as equipes são capazes de elencar os pontos que precisam ser melhorados com a finalidade de melhorar a sua atuação.

7. CONCLUSÕES

Metade dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde Bucal do município de Benevides-PA atuam na Estratégia Saúde da Família. Apenas uma equipe atua em Unidade Básica de Saúde e os demais profissionais atuam no Centro de Especialidades Odontológicas, sendo que apenas quatro Cirurgiões–Dentistas realizam procedimentos especializados, os demais atuam como clínico geral na mesma instalação física.

A realização e a periodicidade das atividades de planejamento das ações de saúde bucal, assim como o incentivo à participação de todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de assistência à saúde, é uma necessidade do município, visto que os dados revelam que nem todos os profissionais participam deste tipo de atividade por diversos motivos, caracterizando precariedade em diversos aspectos como na organização dos serviços oferecidos e na interação entre os componentes das equipes de saúde. Esta atividade é mais presente nas ESB que atuam na ESF.

Uma das maiores necessidades observadas neste estudo diz respeito à realização do diagnóstico da situação de saúde bucal da população do município de Benevides-PA através da realização de levantamento epidemiológico como instrumento direcionador da etapa de planejamento das ações de saúde bucal, definindo prioridades e estratégias que resultem na resolutividade dos agravos observados na população.

Apesar do desconhecimento oficial da situação de saúde bucal da população os resultados revelam que na opinião dos profissionais existe uma atuação onde há a realização de procedimentos clínicos que asseguram a integralidade da assistência odontológica no município, visto que os usuários são acolhidos nas unidades de saúde, onde são realizados procedimentos clínicos, prescrição de medicamentos, orientações e o funcionamento eficiente do sistema de referência e contra-referência a outros níveis de complexidade.

As ações coletivas de promoção e prevenção em saúde bucal são realizadas exclusivamente pelas equipes que atuam na ESF mesmo que as suas unidades de lotação não disponibilizem recursos materiais e nem espaço físico para a realização de atividades de educação em saúde. As demais equipes citam a falta de material didático e espaço físico como um dos fatores que dificultam a realização deste tipo de atividade.

O município oferece equipamentos e instrumentais suficientes á realização do atendimento odontológico e repõe material em tempo hábil sem prejuízo das atividades clínicas.

A incorporação de escovódromo e espaço físico para a realização das atividades de educação em saúde foram as sugestões mais citadas pelos profissionais sobre a incorporação de componentes na estrutura física das unidades para melhoria da assistência odontológica.

O município não apresenta estratégias de educação permanente para as ESB. No entanto estes profissionais mostraram interesse em participar de cursos de qualificação profissional na sua área de atuação.

O processo de trabalho das ESB que atuam no município de Benevides-PA não apresentam um padrão homogêneo.

REFERÊNCIAS

- AERTS, D., ABEGG, C., CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.131-138, 2004.
- ALMEIDA, A. B., ALVES, M. S., LEITE, I.C.G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 126-132, jan./mar. 2010.
- AMESTOY, S. C., SCHVEITZER, M.C., MEIRELLES, B.H.S., BACKES, V. M. S., ERDMANN, A.L. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 383-387.jun. 2010.
- ANDRÉ, A.M, CIAMPONE, M.H.T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev Esc Enferm USP**; 41(Esp):835-40, 2007.
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do Cirurgião-Dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Cien. Saúde Colet.**, v. 11, n. 1, p. 219-227. 2006.
- BRASIL, CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1ª. **Relatório Final**. Brasília, outubro 1986.
- _____, **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292p.
- _____, **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2ª. Relatório Final**. Brasília, setembro 1993.
- _____, **X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Onde dá SUS, dá certo! Relatório Final**. Ministério da Saúde, Brasília, 1996.
- _____, Ministério da Saúde. Norma **Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- _____, **XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. Relatório Final**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.
- _____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de prevenção e controle de riscos em serviços odontológicos**. Brasília, 2006. 156 p.

_____, Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 267, de 06 de março de 2001b.** Brasília, 2001.

_____, Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** 2004.

[acessado jun 2010]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

_____, Ministério da Saúde. **PROJETO SB BRASIL: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 -2003** – Resultados Principais, 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Programa Brasil Sorridente.** 2005 [acessado jun 2010]. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde investe em pólos de Educação Permanente 2010** [acessado jun 2010]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19906

_____, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal - Cadernos de Atenção Básica.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. 2006.

Cardoso, D. G. *et al.* Análise do Perfil dos Cirurgiões- Dentistas do Programa Saúde da Família da Região Metropolitana de Belém-PA. In: Rosa Carmina de Sena Couto; Rosa Acevedo Marin. (Org.). **Saúde da Família: atenção primária na Amazônia.** Belém: NAEA, 2009, p. 63-81.

CECCIM, R. B., ARMANI, T.B., ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 373-383. 2002.

CHAVES, S. C. L., SILVA, L. M. V. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1119-1131. 2007.

CHAVES, S. C. L., SILVA, L. M. V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p.1697-1710. 2007.

CRUZ, D.B., GABARDO, M.C.L., DITTERICH, R. G., MOYSÉS, S.J., NASCIMENTO, A.C. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 2009.

- CUBAS M. R. Planejamento local: a fala do gerente de unidade básica de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 3, p. 278-283, mai./jun. 2005.
- EMMI, D. T., BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro (PARÁ). **Cien. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 35-41, jan.-fev. 2008.
- FACCIN, D., SEBOLD, R., CARCERERI, D.L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, supl.1, p. 1643-1652. 2010.
- FERRI, S. M. N., PEREIRA, M.J.B., MISHIMA, S.M., CACCIA-BAVA, M.C.G., ALMEIDA, M. C. P. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. **Interface -comunic., saúde, educ.**, v.11, n.23, p.515-29, set./dez. 2007.
- FIGUEIREDO, P. P., CEZAR-VAZ, M.R., SOARES, J. F.S., SENA, J., CARDOSO, L.S. Processo de trabalho da estratégia saúde da família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 235-259. 2010.
- FONSECA, A. F. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 211 p.
- JESUS, W.L.A., ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p.161-170. 2010.
- KRUG, S. B. F., LENZ, F.L., WEIGELT, L.D., ASSUNÇÃO, A.N. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 1, p. 77 - 88, jan./jun. 2010.
- LEÃO, A. T. T., DIAS, K. Avaliação dos serviços de saúde prestados por faculdades de odontologia: a visão do usuário. **Rev Bras Odontol Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 40-46, jan./jun. 2001.
- MARTINS, R. J., MOIMAZ, S.A.S., GARBIN, C.A.S., GARBIN, A.J.I., LIMA, D.C. Percepção dos coordenadores de saúde bucal e Cirurgiões-Dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.1, p.75-82. 2009.
- MARQUI, A.B.T., JAHN, A.C., RESTA, D.G., COLOMÉ, I.C.S., ROSA, N., ZANON, T. Characterization of family health teams and their work process. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 4, p. 953-958. 2010.

MARX, K. **O Capital: o processo de produção do capital** [1890]. São Paulo: Nova Cultural, 1988. Livro I, v.1.

MATTOS, R. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional in **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, Ano XXVII, v. 27, n. 65, set. / dez. 2003.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 597-604. 2010.

MONTENEGRO, L.C., PENNA, C.M.M., BRITO, M.J.M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos serviços de saúde de Belo Horizonte. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 649-656. 2010.

OLIVEIRA, J.L. de, SALIBA, N.A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (sup), p. 297-302. 2005.

PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. CEPS/ ISC, Salvador, 2002.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557-567. 2003.

PEDUZZI, M., GUERRA, D.A.D., BRAGA, C.P., LUCENA, F.S., SILVA, J.A.M. Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and in service healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

PEREIRA, D. Q., PEREIRA, J.C.M., ASSIS, M.M.A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 599-609. 2003.

PESSANHA, R.V., CUNHA, F.T.S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. **Texto- Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 233-240, abr./jun. 2009.

- PIMENTEL F.C., MARTELLI, P.J.L., ARAÚJO JUNIOR, J.L.A., ACIOLI, R.M.L., MACEDO, C.L.S.V. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2189-2196. 2010.
- REIS, C., MARTELLI-JÚNIOR, H., FRANCO, B.M., SANTOS, A.A., RAMALHO, L.M.P. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1287-1295. 2009.
- ROCHA, E.C.A., ARAÚJO, M.A.D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Revista de Administração Pública - RAP** — Rio de Janeiro, v.43, n.2, p.481-517, mar./abr. 2009.
- RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 105-114. 2006.
- SCHERER, M.D.A., PIRES, D., SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-725. 2009.
- SILVA, S.F., MARTELLI, P.J.L., SÁ, D.A., CABRAL, A.P., PIMENTEL, F.C., MONTEIRO, I.S., MACEDO, C.L.S.V. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na estratégia saúde da família em Pernambuco, região nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 211-220. 2011.
- SOUZA, T.M.S., RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-39. 2007.
- TRAD, L.A.B., BASTOS, A.C.S., SANTANA, E.M., NUNES, M.O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Rev. Cienc. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589. 2002.
- VIEIRA, S. **Como escrever uma tese**. 5ª ed. São Paulo: Pioneira, cap. 2, p. 24, 2002.

APÊNDICE - A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ****UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS****CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE – FUNDAÇÃO OSWALDO
CRUZ****MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA
AMAZÔNIA****TÍTULO DA PESQUISA: CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE BENEVIDES****QUESTIONÁRIO**

Este questionário, de responsabilidade do Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Pará e da Universidade Federal do Amazonas, tem como objetivo desenvolver um estudo relacionado ao processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal atuantes nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Benevides- PA.

Questionário nº _____

Data de aplicação: ____ / ____ / 2011.

O Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Pará e da Universidade Federal do Amazonas se compromete com o sigilo das informações individuais fornecidas para esta pesquisa. Somente será divulgado o consolidado das informações, sem qualquer menção ou identificação das respostas e/ou opiniões aqui emitidas. Dessa forma não assine este questionário nem use qualquer outro recurso que possibilite a identificação do entrevistado. Somente será necessária a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido que se encontra em anexo a este questionário, porém o mesmo será armazenado separadamente durante a análise das respostas.

QUESTIONÁRIO**IDENTIFICAÇÃO**

UNIDADE: _____

TIPO: (1) USF (2) UBS (3) CEO

BLOCO I- ATIVIDADE DE PLANEJAMENTO

1. São realizadas atividades relacionadas ao planejamento das ações de saúde executadas na Unidade?

() SIM () NÃO

2. De acordo com a resposta positiva do item acima, com que frequência ocorre este tipo de atividade?

() Semanal () Quinzenal

() Mensal () Anual

3. Quem participa do planejamento das atividades e quais as necessidades para que elas aconteçam?

4. Quais as dificuldades enfrentadas para realizar esta atividade?

BLOCO II- AÇÕES PROGRAMÁTICAS

1. Durante o seu período de trabalho nesta Unidade de Saúde houve a realização de levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população?

() SIM () NÃO

2. Realiza os procedimentos clínicos que asseguram a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população assistida?

() SIM () NÃO

3. Prescreve medicamentos e outras orientações em conformidade com os diagnósticos efetuados? () SIM () NÃO

4. Executa ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva de acordo com o plano de prioridades locais?

() SIM () NÃO

5. Coordena ações coletivas voltadas para a promoção e a prevenção em saúde bucal?

() SIM () NÃO

Qual (is)? _____

6. Encaminha e orienta os usuários que se apresentam com problemas mais complexos a outros níveis de atenção?

() SIM () NÃO

7. De acordo com a resposta positiva do item acima, você considera o sistema de referência e contra-referências eficiente, possibilitando o retorno e acompanhamento dos usuários?

SIM NÃO

BLOCO III- ASPECTOS ESTRUTURAIS

1. A Unidade de Saúde oferece equipamentos e instrumentais necessários para o bom desempenho das atividades?

SIM NÃO

2. A manutenção dos equipamentos é realizada periodicamente por profissional técnico habilitado?

SIM NÃO

3. O material odontológico é suficiente para a realização das ações previstas?

SIM NÃO

4. O material é repostado em tempo hábil sem prejuízo das atividades clínicas?

SIM NÃO

5. Existe material disponível para a realização de atividades de educação em saúde?

SIM NÃO

6. A Unidade de Saúde possui espaço próprio para a realização de atividades de educação em saúde?

SIM NÃO

7. Em relação à estrutura física da Unidade. O que você gostaria que fosse disponibilizado para a melhoria das atividades da equipe de saúde bucal?

BLOCO IV- RECURSOS HUMANOS

1. Categoria profissional:

- Cirurgião-Dentista (CD) Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)
- Técnico em Saúde Bucal (TSB)

2. Quanto tempo possui de trabalho em Unidade de Saúde deste município?

- Menos de 1 ano
- 1 a 3 anos
- 3 a 5 anos
- Mais de 5 anos

3. Qual a sua jornada de trabalho?

- 40 horas / semana 20 horas / semana
- Outra _____

4. Desde que ingressou no município realizou algum curso de especialização/
atualização/capacitação na área da odontologia?

- SIM NÃO

Qual? _____

5. Se na questão anterior a sua resposta foi positiva. O referido curso foi realizado por:

- iniciativa própria incentivo do município

6. O município possui um departamento ou núcleo de apoio que promova a educação
continuada de seus profissionais?

SIM NÃO

7. Você tem interesse em participar de cursos de aperfeiçoamento profissional na sua área de atuação?

SIM NÃO

8. De acordo com a realidade local, qual a sua sugestão de tema(s) para a realização de cursos/oficinas de atualização profissional?

APÊNDICE – B
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA
PROTOCOLO DE PESQUISA

INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA PESQUISA

NOME DA PESQUISADORA: Márcia Cristina dos Santos Guerra.

As informações contidas no questionário serão aplicadas pela pós-graduanda Márcia Cristina dos Santos Guerra, sob orientação da Prof^a Regina Barroso.

Objetivo: Firmar acordo por escrito mediante o qual, os voluntários da pesquisa (cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal selecionados), participarão da pesquisa para elaboração da dissertação “Caracterização do Processo de Trabalho das equipes de Saúde Bucal nas Unidades de atendimento odontológico de Benevides”, que serão posteriormente utilizados para construção do referido trabalho e apresentados em seminário, mantendo-se em sigilo absoluto a identidade dos pesquisados e ficando os mesmos com plena liberdade de suspender a pesquisa a seu juízo.

Observação: Para maiores esclarecimentos Secretaria de Pós Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia do Instituto de Ciências Biológicas no telefone: (091) 3201-8411 / email: posseamazonia@yahoo.com.br

Belém, ___ / ___ / _____

Assinatura do Voluntário

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 168/10 CEP-ICS/UFPA

Belém, 17 de dezembro de 2010.

Profª Esp. Márcia Cristina dos Santos Guerra Rodrigues

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa "CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE BENEVIDES" de CAAE 5853.0.000.073-10 e parecer nº 168/10 - CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, na reunião do dia 13 de Outubro de 2010.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 27 de junho de 2011, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Wallace Raimundo Araujo dos Santos.
Coordenador do CEP-ICS/UFPA