

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Sílvia Helena Campos Andraus

**Dificuldades de organização das ações de  
Saúde Bucal na Atenção Básica em uma  
Microrregião de Saúde:**

a percepção de gestores e cirurgiões dentistas

BELO HORIZONTE

2017

Sílvia Helena Campos Andraus

# **Dificuldades de organização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica em uma Microrregião:**

a percepção de gestores e cirurgiões dentistas

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em odontologia, nível mestrado profissional em odontologia em saúde pública, da Faculdade de Odontologia da UFMG como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Coorientador: Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral

Colaboradora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raquel Conceição Ferreira

**Belo Horizonte**

**2017**

### Ficha Catalográfica

A554d  
2017  
T  
Andraus, Silvia Helena Campos.  
Dificuldades de organização das ações de saúde bucal na  
atenção básica em uma microrregião de saúde: a percepção de  
gestores e cirurgiões dentistas / Silvia Helena Campos  
Andraus. -- 2017.

69 f. : il.

Orientador: Marcos Azeredo Furquim Werneck.  
Coorientador: João Henrique Lara do Amaral.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas  
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Saúde bucal. 2. Integralidade em saúde. 3. Gestão em  
saúde. 4. Planejamento em saúde. 5. Participação da  
comunidade. I. Werneck, Marcos Azeredo Furquim. II. Amaral,  
João Henrique Lara do. III. Universidade Federal de Minas  
Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D847



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP

UFMG

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Dificuldades de Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica de uma Microrregião de Saúde: a percepção de gestores e cirurgiões dentistas**

**SILVIA HELENA CAMPOS ANDRAUS**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração em Saúde Pública.

Aprovada em 23 de fevereiro de 2017, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Marcos Azeredo Furquim Werneck - Orientador  
FO-UFMG

Prof(a). João Henrique Lara do Amaral  
FO-UFMG

Prof(a). Cristiana Leite Carvalho  
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Prof(a). Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houry  
FO-UFMG

Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



## ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA ALUNA SILVIA HELENA CAMPOS ANDRAUS

Aos 23 dias de fevereiro de 2017, às 08:30 horas, na sala 3403 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Marcos Azeredo Furquim Werneck (Orientador) – FO/UFMG, João Henrique Lara do Amaral (Coorientador) – FO/UFMG, Cristiana Leite Carvalho – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hourí – FO/UFMG, para julgamento da dissertação de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, intitulada: **Dificuldades de Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica de uma Microrregião de Saúde: a percepção de gestores e cirurgiões dentistas.** O Presidente, Prof. Marcos Azeredo Furquim Werneck abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora.

Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da Comissão Examinadora, a candidata foi considerada:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2017.

Prof(a). Marcos Azeredo Furquim Werneck

Prof(a). João Henrique Lara do Amaral

Prof(a). Cristiana Leite Carvalho

Prof(a). Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hourí

Dedico este trabalho à minha doce  
vovó Walda, pela companhia  
silenciosa e amorosa nas madrugadas  
de estudo. Obrigada por fazer de mim  
uma pessoa melhor!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por me abençoar com oportunidades e pessoas especiais em minha vida. Ele sempre me colocou no lugar certo, na hora certa, renovando minhas energias, quando eu acreditava que não conseguiria seguir adiante.

À minha mãe, irmãs, e ao irmão que a vida me deu, por mesmo sem entender o porquê, me incentivaram e apoiaram a realizar mais um sonho, só pelo fato de ser importante para mim.

À minha sobrinha Ana Beatriz, que me ensinou como fazer os projetos, banners e manusear um computador e a pequena Letícia, que no meio de tanta correria e ansiedade, me oferecia momentos de diversão e carinho.

Ao meu pai, que não precisa estar fisicamente presente para ser meu maior incentivador e exemplo de perseverança.

Aos colegas de turma, pelo companheirismo sempre presente. Nossa afinidade foi tanta que penso que o Mestrado não foi uma oportunidade de conhecer novos amigos e sim reencontrá-los.

Aos professores Marcos e João Henrique, que me orientaram com tanta paciência, e generosamente compartilharam seu conhecimento. Minha admiração aumenta a cada reunião, a cada encontro nosso. Muito obrigada por me ensinarem, e me ouvirem, aceitando minhas sugestões e melhorando minhas ideias iniciais.

À professora Raquel, pela contribuição fundamental na definição do percurso metodológico.

Aos gestores e cirurgiões dentistas, que disponibilizaram seu tempo e compartilharam suas experiências conosco, possibilitando que a pesquisa fosse realizada.

Às minhas auxiliares Janete, que me acompanhou nas viagens e reuniões de forma tão prestativa e espontânea, e Joyce, que contornou minhas ausências no consultório com tanta dedicação.

À minha família de Belo Horizonte que me acolheu com tanto carinho e ao meu amigo Carlos Henrique pela hospitalidade, e empenho em me ajudar desde o quando o mestrado era apenas um projeto.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê” (Arthur Schopenhauer)*

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1: Mapa da Microrregião de Saúde de Ituiutaba</b>	.....	Página 28
<b>Figura 2: Modelo Lógico</b>	.....	Página 35

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Extensão Territorial e População dos Municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba	.....	Página 30
<b>Tabela 2:</b> Dados Sócio Demográficos dos Municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba	.....	Página 31
<b>Tabela 3:</b> Receitas Orçamentárias e Gastos com Saúde dos Municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba	.....	Página 32
<b>Tabela 4:</b> Principais Indicadores de Saúde Bucal dos Municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba	.....	Página 33
<b>Tabela 5:</b> Relação de Equipes de Saúde da Família / Equipes de Saúde Bucal dos Municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba	.....	Página 33

## LISTA DE SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AMAQ</b>	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
<b>CD</b>	Cirurgião Dentista
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>COEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>GF</b>	Grupo Focal
<b>GRS</b>	Gerência Regional de Saúde
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PCCS</b>	Plano de Carreira, Cargos e Salários
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção de Saúde
<b>PNSB</b>	Política Nacional de Saúde Bucal
<b>PMAQ</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
<b>UFMG</b>	Universidade Federal de Minas Gerais
<b>SES</b>	Secretaria do Estado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCE</b>	Tribunal de Contas do Estado

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2.REFERENCIAL TEÓRICO</b>	15
<b>2.1Temas Transversais</b>	15
2.1.1 Políticas Públicas e Saúde Bucal	15
2.1.2 Integralidade	18
2.1.3 Gestão	19
2.1.4 Avaliação em Saúde Bucal	20
2.2 Dimensões do Estudo	22
2.2.1 Planejamento	22
2.2.2 Processo de trabalho	24
2.2.3 Controle Social	27
<b>3. OBJETIVOS</b>	29
<b>4. MÉTODO</b>	30
<b>4.1Tipo de Estudo</b>	30
<b>4.2 Local do Estudo</b>	31
<b>4.3 Sujeitos do Estudo</b>	36
<b>4.4 Trabalho de Campo</b>	36
<b>4.5 Análise dos Resultados</b>	38
<b>4.6 Modelo Lógico</b>	39
<b>4.7 Aspectos Éticos</b>	40
<b>5. RESULTADOS</b>	41
<b>5.1 Artigo</b>	41
<b>5.2 Produto Técnico</b>	65
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	70
<b>REFERÊNCIAS</b>	74
<b>ANEXOS</b>	79
Anexo A	79
Anexo B	82
Anexo C	83
<b>APÊNDICES</b>	78
Apêndice A	86
Apêndice B	87
Apêndice C	89

## RESUMO

**Introdução.** Lançada em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), “Brasil Sorridente”, potencializou a possibilidade de se reorganizar o cuidado à Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). O impacto nos indicadores de Saúde Bucal vem revelando avanços, mas a mudança no processo de trabalho e a reorientação do modelo de atenção ainda não se deram de forma efetiva. Na microrregião de saúde de Ituiutaba/Minas Gerais com nove municípios, a organização dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Básica vem se caracterizando por uma recente inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF), não havendo, ainda, registros oficiais sobre as formas de gestão do modelo de atenção, o planejamento, a organização do processo de trabalho e a participação popular. **Objetivos.** Este estudo teve como objetivo, conhecer a percepção de gestores e cirurgiões dentistas sobre as principais dificuldades de organização das ações de Saúde Bucal na atenção básica, na microrregião de Ituiutaba (MG), considerando-as as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e abordando questões referentes ao processo de trabalho, integralidade, gestão, planejamento em saúde e participação popular. **Método.** Trata-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa, que se deu com a realização de entrevistas de dez gestores, e um grupo focal formado por nove cirurgiões dentistas do SUS da microrregião. A análise de conteúdo buscou correlacionar o processo de trabalho, o planejamento e o controle social com os princípios das políticas de promoção de saúde, de atenção básica e de Saúde Bucal, à luz do princípio de integralidade da atenção. Foi realizada conforme o proposto por Bardin **Resultados e discussão.** Há pouca compreensão do modelo de atenção proposto pelo SUS, o que acarreta uma prática predominantemente curativista, sem a adoção do planejamento, com trabalho isolado, fragmentado e repetitivo, realizado por profissionais desmotivados e com uma frágil presença da gestão dos municípios e da Gerência Regional de Saúde (GRS). A gestão se faz por meio de atos centralizados, com a adoção de programas e projetos propostos pelo Ministério da Saúde (MS), desconsiderando as peculiaridades loco regionais, sem compartilhamento de tomada de decisões. As Equipes de Saúde Bucal (ESB) não utilizam o planejamento para organizar suas ações. Não há apoio institucional para a organização do processo de trabalho. Desta forma, a organização do acesso, das ações de promoção e de natureza clínico preventivas, ficam à mercê dos conhecimentos prévios, da implicação e do protagonismo do cirurgião dentista, havendo dificuldade em se planejar, implementar e avaliar ações que não sejam desenvolvidas em ambiente de consultório. O princípio constitucional do controle social do SUS praticamente inexistente e ainda é um dos maiores desafios na Microrregião.

**Palavras Chave:** Integralidade. Saúde Bucal. Trabalho. Gestão em Saúde. Planejamento em Saúde. Participação Comunitária.

## ABSTRACT

**Introduction.** Launched in 2004, the National Policy of Oral Health (NPOH), “Smiling Brazil”, enabled the possibility of changing the way of organizing the oral health care in the Public Health System (SUS). The impact in the oral health indicators has been showing improvements. However, the change in the working process and the reorientation of the care model has yet not become effective. In the health micro-region of Ituiutaba (MG), with nine townships, the organization of the oral health services in the Basic Care has been characterized by a recent implementation in the strategy of Family Health, yet, still not showing official records on the ways of managing the care model, the planning, the organization of the work process and the population participation. **Objectives.** This study aimed at evaluating the perception of managers and dental surgeons about the main difficulties in organizing the actions to oral health in the basic care, in the micro-region of Ituiutaba (MG), according to the conjectures of the National Oral Health Policy and raising issues inherent to the work process, integrality, management, health planning and population participation. **Methods.** This is a case study, of qualitative nature which was performed through interviews with ten managers and a focal group with nine dental surgeons of SUS in the micro-region. The content analysis aimed at correlating the management of the care model, the work process, the planning and social control with the policies principles of promoting health, basic care and oral health, in light of the care integrality principle. It was performed as proposed by Bardin (2009). **Results and discussion.** There is little understanding over the care model proposed by SUS, which leads to a predominantly curative praxis, without adopting planning, in an isolated work, which is fragmented and repetitive, performed by unmotivated professionals and with a fragile presence of the management of the townships and of the Regional Health Management (GRS). The management happens through centralized actions, adopting programs and projects proposed by the Health Ministry, disregarding the local regional peculiarities, without sharing the decisions taken. The Oral Health Teams (ESB) do not use the planning to organize their actions and this happens, countless times, due to the lack of role playing of their members, or due to the omission of Municipal Health Departments (SMS).. There is no institutional support to the organization of the work process. Thus, the organization of the access, of the promotional actions and of preventing clinical nature are at the mercy of previous knowledge, of the implication and action of the dental surgeon, facing difficulties in planning, implementing and evaluating actions which are not developed in the dental office scope. This situation discourages the professionals and helps maintain the care model of biomedical science and curative making. The constitutional principle of the social control in SUS practically does not exist and it is still one of the biggest challenges faced in the Micro-region.

**Key words:** Integrality in health, Oral Health, Work, Health Management, Health Planning. Consumer Participation

## 1. INTRODUÇÃO

A formulação de políticas públicas de saúde se dá em função da necessidade de uma resposta por parte do Estado às condições de saúde dos indivíduos e populações, bem como à relação com seus determinantes. Cabe ao Estado definir prioridades e estabelecer propostas para a ação pública. Estas ações estão relacionadas com as políticas econômicas e sociais, o controle social, a economia da saúde e seu financiamento (RONCALLI, 2003; MOYSÉS & GOES, 2012; PAIM & TEIXEIRA, 2006).

Nas últimas cinco décadas do século XX, a organização das ações de Saúde Bucal se viu voltada para a população escolar por meio de atendimentos clínicos e preventivos, e para o atendimento pontual às gestantes e aos adultos, caracterizados pela realização prioritária de procedimentos curativos-mutiladores. Tratava-se do modelo de atenção curativista, centrado na doença e na ação profissional (ANQUILANTE & ACIOLE, 2015).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 e, posteriormente, a adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994, significaram, entre outros, uma proposta de mudança do modelo de atenção. A inserção da Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família foi proposta pelo Ministério da Saúde (MS) em 28 de dezembro de 2000, por meio Portaria nº 1444, e regulamentada em 06 de março de 2001, pela Portaria 267 (BRASIL, M. S., 2000; BRASIL, M. S., 2001). Embora significando um inegável avanço, esta inserção se deu de forma verticalizada, sem o estabelecimento de metas e outras estratégias com potência para mudar o modelo de atenção.

Em 2003, o levantamento epidemiológico realizado em nível nacional pelo MS (SB-Brasil 2003), revelou uma situação epidemiológica preocupante: o teste realizado em crianças relativo à arcada com a presença de cáries, percas ou obturações médio aos 12 anos era de 3,78; menos de 22% dos adultos e menos de 8% dos idosos se apresentavam livres de doença periodontal; 1% dos adolescentes e 3% dos adultos nunca tinham ido ao dentista; mais de 28% dos adultos não possuíam nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada e, entre estes, 15% não usavam prótese. Pelos resultados, 75% dos idosos não possuíam nenhum dente funcional, dentre os quais, 36% não usavam prótese. (BRASIL, M. S., 2004). Esta situação reforçou a urgência na inserção da Saúde Bucal na agenda de políticas públicas (SOBRINHO & ESPÍRITO

SANTO, 2013).

A implantação, em 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como “Brasil Sorridente”, significou, para o setor, a efetivação da política do SUS para a Saúde Bucal. O Brasil Sorridente propôs a ampliação do acesso a toda a população, com atenção integral (MATOS, 2014). De fato, alguns avanços podem ser comprovados pelos resultados do levantamento epidemiológico em nível nacional realizado pelo MS em 2010 (SB-Brasil 2010) (BRASIL, M. S., 2011).

Após alguns anos de implantação da PNSB, houve expansão dos serviços e uma expressiva ampliação do número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2015). Para Silveira Filho (2015), apesar da expansão dos serviços de Saúde Bucal, em especial na atenção básica e na estratégia de saúde da família, ainda restam lacunas, havendo a necessidade de construção de evidências sobre a efetividade das estratégias de promoção de saúde na área. Outros temas como processo de trabalho, ampliação e melhoria do cuidado, planejamento e avaliação, educação em saúde e educação permanente (SCHERER & SCHERER, 2015), são desafios e necessitam ser permanentemente estudados.

Diante da necessidade de ampliar as ações de avaliação dos serviços de saúde, o governo federal, em 2005, implantou a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2005), em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (CALVO, 2012; BRASIL, 2011).

Na atenção básica, é possível que organização das ações de Saúde Bucal desenvolvidas pelos municípios, ainda se dê sem o emprego da epidemiologia e do território como referências propostas pela PNSB. Além disso, são pouco expressivas as ações de planejamento, apoio institucional, educação permanente e avaliação dos serviços de Saúde Bucal destes municípios.

Na Microrregião de Saúde de Ituiutaba (MG), localizada na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, a organização dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Básica vem se caracterizando por uma recente inserção na ESF, não havendo registros oficiais sobre as formas de gestão, planejamento, organização do processo de

trabalho e controle social.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a percepção de gestores e Cirurgiões Dentistas acerca das principais dificuldades de organização das ações de Saúde Bucal na atenção básica, na microrregião de Ituiutaba (MG), abordando questões referentes ao processo de trabalho, integralidade, gestão, planejamento e controle social.

## **2.REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Temas Transversais ao estudo**

#### **2.1.1 Políticas Públicas e Saúde Bucal**

No curso do processo de consolidação do SUS tem-se notado esforços voltados para a reorganização da Saúde Bucal no nível municipal e, particularmente, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entretanto, a gestão da Saúde Bucal na esfera pública é pouco estudada. Alguns relatos de experiências municipais exitosas mostram que o principal fator para a consolidação da Saúde Bucal tem sido o apoio do governo local (CHAVES & SILVA, 2007)

Os princípios e pressupostos das PNSB, Atenção Básica (PNAB) e de Promoção da Saúde (PNPS) são referências fundamentais à construção do modelo de atenção em Saúde Bucal. Em relação a essas políticas, o princípio da integralidade adquire especial importância, uma vez que é abrangente e transversal à estas políticas.

A Promoção da Saúde significa a adoção de ações estratégicas de cuidado que devem envolver, ao mesmo tempo, operações sobre as doenças, o ambiente e as condições de vida das pessoas em comunidade (condições e qualidade de vida, necessidades de saúde). Estas ações devem ter como referência os determinantes, os riscos e danos, com o objetivo de favorecer escolhas saudáveis pelos sujeitos e coletividades nos locais onde residem e trabalham (BRASIL, 2010).

Em relação à PNAB, em 2004, o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde definiu a Atenção Básica (AB), como:

“... um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade,

acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. [...] deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (p. 07)” (CONASS, 2004)

A PNSB significa uma proposta de reorientação das ações e serviços do setor de Saúde Bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Procura efetivar a integralidade das ações de cuidado e vigilância nos âmbitos da atenção primária, especializada e de alta complexidade. Visa à integração com os demais serviços de saúde, buscando responder às necessidades da população, e atuar na proposição de políticas intersetoriais sustentáveis, capazes de impactar positivamente sobre os indicadores de Saúde Bucal. Esta integração significa um esforço para a produção de novas práticas e novos saberes onde adquirem importância fundamental a promoção e a vigilância em saúde, a preocupação em atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença, com prevenção de riscos e danos. Revela-se ainda, uma política que propõe a “incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade” (BRASIL, 2004) (KUSMA *et.al.*, 2012, p10).

Se aliar às propostas da PNAB e da PNPS, e ampliar o escopo de ofertas de serviços, a PNSB introduz novos fazeres que, por sua vez, geram a necessidade de se operar mudanças no processo de trabalho das equipes das unidades de saúde. As ações baseadas nos princípios da integralidade e da intersetorialidade trazem a necessidade e o desafio de se pensar o trabalho das equipes de forma multi e/ou interprofissional. Geram, também, no trabalho das ESB, novas lógicas de organização da prática, oriundas dos espaços institucionais dos setores com os quais passam a trabalhar, notadamente nas ações em interface com as equipes de saúde da família (BRASIL, 2004).

O modelo de atenção adotado pela PNSB propõe que, em cada local, a cada momento, a forma como se organizam as ações e serviços de Saúde Bucal signifique, levando em conta os determinantes sociais da saúde, a melhor resposta possível aos problemas e demandas individuais e coletivos da sociedade, por meio dos recursos existentes (humanos, materiais, financeiros, científico-tecnológicos e de infraestrutura) (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014) (FIGUEIREDO, 2002).

Para Kalil e Feuerwerker (2002, p. 75), o modelo de atenção em Saúde Bucal é regido pelo conceito ampliado de saúde e é revelado pela forma como se organiza o processo de trabalho. Assim, pode ser compreendido como “a forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde”. Pois, é no modelo de atenção que vamos encontrar

“...as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem neste processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização das tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho”(Rede Unida,2001).

Em relação ao modelo de atenção em Saúde Bucal, vale ressaltar a importância da adoção, pela PNSB, da estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma possibilidade de reorientação das ações e serviços nos âmbitos municipal e regional. Esta reorientação vem sendo operacionalizada mediante a proposta de um trabalho integrado, multiprofissional, em unidades básicas de saúde, com responsabilidade pelo acompanhamento de um número definido de famílias, no território. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e a manutenção da saúde desta comunidade.

O trabalho das ESB na ESF se caracteriza pela busca de comunicação e pela troca de experiências e conhecimentos entre seus integrantes. Na área de abrangência das unidades de saúde, além das ações de promoção e de cuidado, entre as responsabilidades das equipes encontram-se as ações de Vigilância com controle sobre os fatores de risco, a busca pelo estabelecimento de vínculos de confiança e corresponsabilidade com os usuários. É também fundamental, a participação junto aos movimentos sociais e de controle social, bem como em ações intersetoriais, “de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade” (BRASIL, 2015, p. 53).

Nos processos de reformulação das práticas sanitárias, tanto a PNPS, a PNAB e a PNSB, propõem que a integralidade do cuidado seja assegurada aos cidadãos, devendo as equipes de Saúde Bucal desenvolver ações de promoção, proteção, intervenção clínica e reabilitação. E sinalizam que o processo de reorientação do modelo de atenção em Saúde Bucal tenha, como ponto de partida, a atuação sobre

os determinantes do processo saúde/doença (KUSMA, 2012).

### **2.1.2 Integralidade**

A integralidade é um princípio abrangente, transversal às políticas de saúde no Brasil e polissêmico, percebido em diferentes (e complementares) sentidos na literatura que se seguiu à implantação do SUS. Neste estudo, buscou-se abordar a integralidade enquanto princípio da atenção à saúde, considerando desde as formas de organização dos serviços até o processo de trabalho e as relações dos serviços de Saúde Bucal com o sistema de saúde e a sociedade (BRASIL, 1990 e 2004).

Além disso, como é a gestão e o planejamento do cuidado em Saúde Bucal (ações de proteção, promoção, prevenção, tratamento e recuperação), a organização do processo de trabalho das ESB e as formas de controle social no âmbito da atenção básica.

Nas estratégias de promoção da Saúde Bucal, os princípios da integralidade e da intersetorialidade possibilitam novas formas para o trabalho em equipe, permitindo o conhecimento, nos territórios sob sua responsabilidade, dos fatores que colocam a vida e a saúde das pessoas em risco (ambiente, organização da sociedade, modos de viver e se relacionar), dos diferentes valores, crenças, e comportamentos, bem como a identificação dos diversos equipamentos e movimentos sociais com os quais se pode estabelecer um trabalho conjunto.

Abordando o potencial da integralidade do cuidado na prática das ações de Saúde Bucal na atenção básica, Santos e Assis (2006, p.53), afirmam que esta ainda

“... é organizada através de ações individuais e coletivas, construídas por uma demanda reprimida. O atendimento é fragmentado com a valorização excessiva da técnica e da especialidade, cujo eixo é ordenado pelo modelo médico-centrado, com resolubilidade limitada. O acolhimento é manifestado através de uma relação tensa e conflitante, porém com potencialidade para construir alternativas de mudança. Vínculo e autonomia entrecruzam-se no resgate da relação trabalhador/usuário e no encontro de suas potencialidades, possibilitando horizontalizar saberes, estreitar laços e consolidar afetos. Enfim, a prática da Saúde Bucal é plena de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado, em construção”.

### 2.1.3 Gestão

Em seu sentido amplo, gestão se refere ao “ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa, órgão público [...]. Exercer mando, ter poder de decisão (sobre), dirigir, gerir” (HOUAISS, 2017). Fazer a gestão e a administração implica lidar com instituições, organizações e pessoas, sendo, pois, um processo de natureza política.

De acordo com Campos e Campos (2017), a gestão se refere à capacidade de dirigir e, por esta característica, pode se confundir com o exercício do poder. A depender da forma como são concebidos os processos de organização do trabalho, corre-se o risco de que as ações sejam estruturadas mais em função do alcance das metas e objetivos e, nestes casos, as relações estabelecidas com os trabalhadores se deem sob a forma de controle e não de participação. Esta foi a marca da gestão nas instituições e organizações por um longo período que envolveu o trabalho, desde a revolução industrial até meados do século XX, com efeitos ainda presentes nos dias atuais. Neste sentido, com a intenção de diminuir custos e aumentar a eficácia do trabalho, ainda se usam instrumentos de gestão que apresentam acentuado traço de controle dos trabalhadores.

No entanto, a concepção atual dos processos de gestão vem priorizando a melhoria das condições de trabalho e investimento nas relações com as pessoas, onde ganham importância o afeto e a possibilidade de que as mesmas venham a participar, de alguma forma, dos momentos de definição de metas e objetivos, tomadas de decisão e avaliação das ações. Essa participação é valorizada também quando existe a necessidade de se discutir a organização do trabalho e decidir por redução de custos e usos nos modos de produzir. Este movimento pode apresentar resultados positivos na organização dos processos de trabalho, uma vez que influi diretamente na implicação dos trabalhadores com o trabalho e com a missão das instituições.

Na saúde pública, a gestão surgiu como um campo da administração sanitária e da epidemiologia. Recentemente, a gestão vem desenvolvendo uma cultura de organização dos serviços de saúde, que busca compatibilizar conhecimentos sobre administração pública com procedimentos sanitários considerados eficazes no enfrentamento das necessidades e problemas da população. Após a promulgação da

Constituição Federal de 1988, o Estado Brasileiro, ao assumir a saúde como direito de cidadania e sua relação positiva com os determinantes sociais, responsabilizou-se pelo financiamento e pela gestão da rede de serviços que compõe o SUS. A gestão do SUS engloba ações de proteção, prevenção e recuperação, de natureza individual e coletiva, o que pressupõe a existência de uma rede de serviços, nos quais a administração abrange o território (riscos, vulnerabilidade e trabalho intersetorial), a epidemiologia, a infraestrutura (redes de atenção básica, especializada, hospitalar - própria e contratada, e insumos), o sistema de informação, o financiamento e os recursos humanos.

No âmbito do SUS, os processos de gestão e planejamento envolvem ainda um movimento importante de reforço à formação e à pesquisa. Buscam também, instituir processos de gestão participativa e o incentivo ao controle social, envolvendo gestores, trabalhadores e a sociedade civil, além das formas de cogestão em saúde.

#### **2.1.4 Avaliação em Saúde Bucal**

De acordo com Hartz *etal.* *apud* Brasil (2013, p. 8),

“Avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Esses julgamentos podem ser resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação pode ser externa, se conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização.”

Para Carvalho *et al.* (2012), a avaliação deve acontecer mesmo que ainda não existam as condições ideais para superação dos problemas estruturais. As ações de avaliação, em função dos diagnósticos e do aumento da capacidade de decisão, podem significar uma melhora da capacidade de governo, contribuindo, assim, para aumentar a governabilidade do sistema de saúde. Pode ainda, aproximar pesquisa e gestão, facilitando a efetivação de uma cultura organizacional no SUS, “que tenha a avaliação como atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão”. Mas, fundamentalmente, amplia a capacidade avaliativa num processo pedagógico de perspectiva emancipatória, em que é possível que os diversos trabalhadores se sintam sujeitos das mudanças, o que pode levar ao fortalecimento do próprio sistema de saúde (CARVALHO, 2012).

Em 2011, com a publicação do artigo “Modelo de avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica”, Colussi e Calvo apresentam os resultados de um modelo que desenvolveram no estado de Santa Catarina para avaliar a qualidade das ações de Saúde Bucal na atenção básica e testar sua aplicabilidade em municípios de diferentes portes. Este modelo apresenta duas dimensões: Gestão da Saúde Bucal (composta pelas subdimensões: Atuação Intersetorial, Participação Popular, Recursos Humanos e Infraestrutura) e Provimento da Atenção (composta pelas subdimensões: Promoção e Prevenção e de Diagnóstico e Tratamento). Foram elaborados 40 indicadores para a avaliação das ações no ciclo vital (criança, adolescente, adulto, idoso) em 207 municípios, obtendo-se uma taxa de resposta de 70,6%. O modelo mostrou-se aplicável e útil para municípios de diferentes portes, na identificação de aspectos nos quais os gestores municipais devem aperfeiçoar suas ações e, em especial, em relação à melhoria do registro de dados (COLUSSI & CALVO, 2011).

Preocupados com a efetividade das estratégias de promoção de Saúde Bucal, Kusma e colaboradores (2012), afirmam que “a avaliação de ações de promoção da saúde é um desafio metodológico e estratégico para a construção de evidências que possam apoiar processos de gestão em saúde”. Apontam para a importância do emprego de métodos adequados de avaliação e citam a Política de Promoção e Vigilância em Saúde Bucal no Brasil que aborda a necessidade de avaliar ações de promoção da Saúde Bucal desenvolvidas no contexto da atenção primária, não somente por seus resultados e impacto, mas, também, pelo processo político e social na busca de alcance de objetivos. Os autores buscam

“sistematizar a literatura no campo da avaliação da efetividade de estratégias de promoção da saúde, definir um modelo teórico e propor uma matriz de descritores, explorando a base referencial da promoção da saúde e práticas com potencialidade para reduzir situações de fragilidade de grupos populacionais, combater iniquidades, e incorporar a participação na gestão da saúde” (KUSMA *et al.*, 2012, p. S9).

Uma importante iniciativa se refere aos processos de avaliação de qualidade instaurados em todo o País pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ CEO), realizados pelo Ministério da Saúde em parceria com algumas instituições universitárias brasileiras. A avaliação realizada pelo PMAQ, por sua abrangência, fez

uma importante aproximação às questões ligadas à estrutura, à gestão e ao processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal nas esferas da atenção primária e especializada. Buscou conhecer a situação dos serviços por meio da percepção de gestores, profissionais e a satisfação dos usuários quanto ao acesso e utilização (BRASIL, M. S., 2012a).

Por meio das estratégias de autoavaliação e de avaliação externa, alguns dos principais objetivos do PMAQ foram:

1. Reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção à saúde ofertada ao cidadão;
2. Fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores;
3. Considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS;
4. Conhecer as realidades e singularidades dos serviços, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis;
5. Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal. (BRASIL, M. S. , 2013) (BRASIL, M. S., 2013a.)

## **2.2 Dimensões do Estudo**

### **2.2.1 Planejamento**

Estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e propostos pela lei orgânica do SUS (1990), os processos de descentralização e regionalização da saúde tiveram seu início, de fato, em 1993, quando da implantação da Norma Operacional Básica - NOB 01/93 e, posteriormente, a NOB/96 e da transferência de recursos federais a estados e municípios, viabilizando o planejamento da assistência e a organização do modelo de saúde local (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 2013). O princípio organizativo do SUS (descentralização e regionalização) sua rápida efetivação se deu em decorrência do intenso processo de municipalização ocorrido nos anos 90 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 1990).

O princípio da descentralização significa a distribuição de responsabilidades e poder aos três níveis de governo (federal, estados e municípios) em um processo no qual,

os municípios, em função da necessidade de implantação de sistemas locais de saúde, passassem a ter maior autonomia para identificar os principais problemas e planejar as ações para o seu enfrentamento. Este processo significou a necessidade de que o nível municipal pensasse os recursos humanos e tecnológicos de que precisaria e definisse, com maior objetividade, os recursos financeiros necessários à implantação dos serviços, conferindo-lhes mais eficiência e qualidade, além de ampliar as possibilidades de fiscalização e o controle por parte da sociedade. Com a descentralização foi instituído o comando único em cada esfera de governo, delimitando as responsabilidades de cada autoridade sanitária (Ministro da Saúde, Secretários Estaduais e Secretários Municipais de Saúde), o que contribuiu para a organização do sistema de saúde e fortaleceu o processo de gestão dos municípios (FIOCRUZ, 2017).

Embora represente um avanço, a descentralização, ao redefinir as responsabilidades, introduziu novas formas de gestão que acarretaram expressiva mudança nas atribuições da esfera municipal. Sua implantação encontrou os municípios em diferentes estágios de organização dos serviços de saúde, não raro, acarretando dificuldades em cumprir as metas dos programas nacionais, impedindo um desenvolvimento homogêneo do SUS (FONSECA E FERREIRA, 2009).

A ênfase dada ao processo de municipalização durante a década de 1990 trouxe à tona as dificuldades enfrentadas pela grande maioria destes [municípios] com relação à infraestrutura de recursos e capacidade de gestão, especialmente nos municípios de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes, que representam cerca de 80% dos municípios do país (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 2013, p. 239)

Chaves e Viera-da-Silva (2007), afirmam que a existência de um projeto de governo que busque a mudança do modelo de atenção, pode significar uma possibilidade favorável à formulação de políticas setorializadas, como, por exemplo, a Saúde Bucal. As autoras consideram importante o emprego do planejamento estratégico para o melhor dimensionamento dos problemas de Saúde Bucal e a formulação de medidas adequadas para o seu enfrentamento.

De acordo com Werneck (2012, p.34), o processo de descentralização do SUS, por meio do fornecimento de tecnologias e recursos, potencializou a capacidade de gestão dos municípios e conferiu autonomia e poder aos gestores, o que exige

diagnósticos mais precisos e uma organização dos serviços adequada às necessidades e problemas da população. Para o autor,

“o planejamento aparece como um instrumento importante, conferindo mais poder e responsabilidade aos municípios. Este resgate de poder para o gestor municipal propicia uma nova relação entre as três esferas de governo”.

Quanto ao planejamento, o Ministério da Saúde (2016, p. 55), afirma que planejar é reduzir incertezas e que sua adoção

“... implica em algum grau de intervenção na economia, associa-se a práticas regulatórias, orienta investimentos e está diretamente vinculado à alocação eficiente de recursos. No setor saúde, as práticas de planejamento estão presentes em todo o processo que é conhecido como gestão do SUS”.

Para os gestores e trabalhadores das ESB, o planejamento ainda é pouco presente no cotidiano dos serviços municipais de saúde. Quando acontece, se dá diante da premência de problemas imediatos, em um processo que pode (ou não) estar marcado por questões políticas, sintonizadas com interesses locais ou particulares, ou decorrentes de decisões que antecedem a análise para enfrentamento de um determinado problema. Esta prática pode impedir o desenvolvimento da consciência crítica dos profissionais. Isto pode favorecer o surgimento de disputas e conflitos, que dificultam a participação e a proposição de mudanças na forma de organizar o trabalho. Esta situação apresenta, para estes sujeitos, “a necessidade de repensar o processo de planejamento e o próprio processo de trabalho” (WERNECK, 2012).

### **2.2.2 Processo de Trabalho**

Ao se estudar o processo de trabalho em Saúde Bucal, é importante apresentar o que se entende por trabalho em saúde. De acordo com Arroyo (2003), o trabalho em saúde é uma prestação de serviços, complexa, uma vez que envolve muitas pessoas e vários interesses. Sob o ponto de vista do trabalho e do trabalhador, é importante compreender que o processo de trabalho das equipes de saúde deve promover uma reflexão sobre os limites, possibilidades e, sobretudo, as responsabilidades de cada

um no planejamento, organização, implementação e avaliação das diversas ações.

O objeto do trabalho em saúde, geralmente, encontra-se focado nos problemas e necessidades, nos indicadores de saúde da população. Por vezes, nos parâmetros a serem alcançados. Ou ainda, no próprio modelo de atenção a ser permanentemente reconstruído. Para Faria e colaboradores (2009), como particularidade importante, o objeto do trabalho em saúde é, na maioria das situações, um sujeito que participa do processo de trabalho fornecendo informações, realizando ações prescritas, sofrendo intervenções. Similarmente, o próprio profissional de saúde é, de algum modo, objeto do processo de trabalho, pois sua subjetividade é formada e transformada nesse processo. No mesmo sentido, Merhy (2005, p. 3) assinala que o trabalhador de saúde deveria estar sempre

“... indo atrás de novos objetos e modos de produzir o cuidado que invadam [...] o agir a partir do núcleo profissional, tornando-o lugar comprometido com a construção de um cuidado em saúde que vê no outro o olhar a ser emprestado. Reconhecendo nestes atos a presença de nós mesmos e abrindo-se para novas ressignificações, [...]. Implicando-se com isso”.

Desta forma, denominamos como processo de trabalho “... *o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja...*”. Em geral, o processo de trabalho é “... *o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade*” (FARIA et al., 2009, 11p.).

As categorias que compõem o processo de trabalho são: finalidades ou objetivos, objeto, meios, agentes e produtos.

**Finalidades** - Esta é uma dimensão de crucial importância uma vez que, no momento de se discutir e definir finalidades, é que poderão surgir questões sociais e de poder no interior das equipes e que podem ter uma influência decisiva na estruturação da equipe em função do trabalho a ser realizado. É muito comum que a definição das finalidades ocorra pela parte de pessoas ou grupos que ocupam os níveis mais elevados na hierarquia institucional. Quando esta situação ocorre, a “finalidade” ou “objetivo” do trabalho pode aparecer como algo estranho ou externo na rotina dos demais membros da equipe. A gestão do processo de trabalho deve incentivar a

participação e promover as discussões sobre a definição das finalidades, contando com a presença de todos os membros da equipe. Todos os sujeitos (gestores e trabalhadores) envolvidos devem deliberar sobre o conjunto da produção social (FARIA *et al.*, 2009).

**Objeto** - Quanto ao objeto, “*todo processo de trabalho se realiza em algum objeto, sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas*” (FARIA *et al.*, 2009). As formas de organização do processo de trabalho dependem de como o objeto é percebido pelos sujeitos de uma equipe de saúde, assim como, a discussão exaustiva do objeto é fundamental na definição também das finalidades ou objetivos, sendo importantíssimo que não se confundam objeto e objetivo.

**Meios** - No que diz respeito aos meios, pode-se afirmar que estes são específicos para cada condição particular. Podem ser ferramentas ou condições de trabalho. São máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e o ambiente, que permitem que o trabalho se realize. São, também, os conhecimentos sistematizados ou não, e as habilidades peculiares a uma pessoa ou profissão. Os meios e condições de trabalho compõem uma mescla que acontece em todos os momentos na realização do trabalho (FARIA *et al.*, 2009).

**Agentes** - No estudo do processo de trabalho, o agente ou os agentes, são os sujeitos que realizam o trabalho. Estes agentes estabelecem “*os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos*” (FARIA *et al.*, 2009). Cada agente / sujeito é uma pessoa oriunda de uma sociedade, da qual se extrai sua história e sua formação como cidadão. Estas marcas individuais definem a inserção de cada um no processo de trabalho da instituição em que se encontra: os desejos, as aspirações, a identificação com o trabalho e a relação com o binômio “trabalho-salário”. No processo de trabalho em saúde no SUS, os objetivos, bem como os procedimentos de adequação de meios, condições e fins, são estabelecidos e realizados nos níveis social, institucional, de equipe ou grupo e individual. “*Portanto, dependendo da perspectiva de análise, o agente do trabalho pode e deve ser visto como um indivíduo, um grupo ou equipe, uma instituição ou uma sociedade*” (FARIA *et al.*, 2009).

**Produtos** - Os produtos se referem à realização das ações planejadas, por meio das

quais se pretende alcançar a finalidade ou objetivo do trabalho. O produto é derivado do ato de produzir. Ou seja: o produto é a ação em movimento, acontecendo. Ao acontecer, o produto gera resultados que serão os indicadores que permitirão avaliar em que medida, com a ação realizada (o produto), os objetivos foram alcançados.

### **2.2.3 Controle Social**

O controle social é um dos princípios do SUS, é uma garantia Constitucional de que a população poderá participar, por meio de suas entidades representativas, dos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todas as esferas de governo (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2017). O Controle Social significa uma conquista da população, por meio dos movimentos populares e do movimento da Reforma Sanitária Brasileira que precederam a criação do SUS.

A participação se dá por meio dos conselhos de saúde (que têm caráter consultivo e deliberativo), são permanentes e obrigatórios, conforme prevê a Lei Federal 8142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990). Poderá se dar também, por meio das Conferências de Saúde, que são convocadas periodicamente, nas três esferas de governo, pelos Conselhos de Saúde ou pelos gestores, e tem a missão de avaliar as políticas e propor sua reorientação. Os Conselhos de Saúde compõem o organograma de organização da gestão em cada esfera de governo.

Os Conselhos e as Conferências apresentam composição paritária, sendo 50% de seus membros representantes dos usuários, e os outros 50% divididos entre representantes do governo, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços (MATTA, 2007).

Outras formas de participação podem se dar por meio de instituições oficiais como as ouvidorias e o Ministério Público, partidos políticos, todas as formas de organização social, mídia, orçamento participativo, democracia representativa e redes sociais (MATTA, 2007).

Apesar de todas estas instâncias de participação, o Controle Social em Saúde ainda não é uma prática internalizada pela maioria da população e se constitui em um enorme desafio para o desenvolvimento do SUS.

### **3.OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral**

Avaliar a percepção dos coordenadores municipais de Saúde Bucal, e dos cirurgiões dentistas, quanto à organização das ações de Saúde Bucal em atenção básica dos municípios na microrregião de Ituiutaba (MG), considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, e questões relacionadas ao planejamento em saúde, processo de trabalho e controle social.

#### **Objetivos Específicos**

Estabelecer um paralelo entre as ações de Saúde Bucal em atenção básica desenvolvidas nos municípios da microrregião de Ituiutaba (MG), e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Identificar os fatores que dificultam a organização das ações de Saúde Bucal em atenção básica dos municípios na microrregião de Ituiutaba (MG), de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

## 4.MÉTODO

### 4.1Tipo de estudo

A presente pesquisa foi organizada por meio de um estudo de caso, que é um método qualitativo, de caráter exploratório e explanatório, que busca formas de aprofundar a compreensão sobre algum fenômeno ou processo organizacional e político na sociedade, sobre a qual não se tem muito controle. Em geral busca-se aproximar da forma e dos motivos que levam a uma dada situação.

De acordo com Yin:

“Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 32).

De uma forma geral, diante do objeto a ser conhecido, o Estudo de Caso possibilita ao pesquisador se aproximar de uma dada situação ou fenômeno, buscar entender o que acontece, como acontece visando a proposição de decisões a serem tomadas. Parte do contexto real, por meio de múltiplas fontes de evidências e busca orientações e alternativas para o avanço / produção do conhecimento e para o enfrentamento deste fenômeno ou situação.

O estudo de caso é um método de pesquisa que abrange abordagens de coleta e análise de dados. É um método útil quando o objeto do estudo é amplo e complexo, em situações em que a melhor estratégia é buscar estudá-lo no contexto em que ocorre. Apresentando uma natureza empírica, possibilita que se confirme (ou se teste) uma teoria, por meio de informações obtidas pela observação direta de um fenômeno e com a realização de entrevistas, nas quais, os sujeitos poderão expressar livremente o que entendem sobre uma dada situação ou um determinado assunto (YIN R. , 2001) (YIN R. K., 2005).

Os estudos de caso podem ser exploratórios, explanatórios, descritivos ou analíticos. Serão exploratórios quando buscarem informações sobre um determinado objeto que se deseja estudar. Serão explanatórios quando buscarem argumentos diversos, de fontes diferentes, com o objetivo de enriquecer as possibilidades de discussão e de proposições para o enfrentamento deste objeto. Serão descritivos quando o objetivo

for descrever uma situação ou fenômeno. E serão analíticos quando o objetivo for o de problematizar, ou produzir novas teorias que permitam avançar para além destas teorias, proporcionando avanços do conhecimento.

## 4.2 Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no espaço institucional da Microrregião de Saúde de Ituiutaba, Minas Gerais (MG), situada no Triângulo Mineiro

A Microrregião de Saúde de Ituiutaba (FIGURA 1) está localizada na mesorregião do Triângulo do Norte e compreende nove municípios: Cachoeira Dourada, Campina Verde, Canápolis, Capinópolis, Centralina, Gurinhata, Ipiacu, Ituiutaba, Santa Vitória, Campina Verde, Canápolis e Centralina. (SILVA e RAMIRES, 2010):

Figura 1. Mapa da Microrregião de Saúde de Ituiutaba e sua localização no Estado de Minas Gerais



Fonte: SES/MG (2011)

O triângulo mineiro corresponde ao maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita das dez regiões de Minas Gerais, notando-se maior contribuição da região na atividade agropecuária (13,9%) para o estado. A região destaca-se ainda por responder por 8,9% dos empregos formais e 5,8% das exportações estaduais, especialmente álcool e açúcar, pecuária, produção e processamento de grãos, processamento de carne, cigarros, fertilizantes, processamento de madeira, reflorestamento e comércio

atacadista (Associação Mineira de Municípios, 2016).

O conceito de microrregião de saúde surgiu durante o processo de regionalização e municipalização da saúde, existente desde a criação do SUS. Consiste em agrupar municípios geograficamente próximos, com características demográficas e epidemiológicas semelhantes, facilitando o fluxo e o acesso a ações de média complexidade que ficarão à cargo do município polo, neste caso, Ituiutaba. O município polo deve apresentar estrutura urbana e de saúde que garanta resolubilidade, e tenha capacidade de oferta de serviços aos outros municípios da região (SILVA & RAMIRES, 2010).

A microrregião possui uma extensão territorial de 13.558,7 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 193.506 habitantes (TABELA 1).

Tabela 1 – Municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba (MG), Extensão Territorial e População Estimada para o ano de 2016, por município.

MUNICÍPIO	EXTENSÃO TERRITORIAL (KM <sup>2</sup> )	POPULAÇÃO ESTIMADA (IBGE 2016)
Cachoeira Dourada	200.928	2.676
Campina Verde	3650.749	20.052
Canápolis	839.737	12.062
Capinópolis	620.716	16.183
Centralina	327.191	10.613
Gurinhata	1849.137	6.002
Ipiáçu	466.020	4.277
Ituiutaba	2598.046	103.945
Santa Vitória	3001.357	19.520

IBGE em 2016.

Fonte: IBGE, 2016

A Tabela 2 apresenta os dados sócio demográficos relativos à Microrregião de Saúde de Ituiutaba, discriminados por município.

Tabela 2 - Municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba (MG), IDH-M. Taxa de Analfabetismo e Índice de GINI por município, em 2010.

MUNICÍPIO	IDH-M	SALÁRIO MÍNIMO MÉDIO MENSAL	TAXA DE ANALFABETISMO	ÍNDICE DE GINI
Cachoeira Dourada	0,726	2,2	12,6%	0,3546
Campina Verde	0,704	2,0	8,3%	0,5055
Canápolis	0,722	1,10	14,2%	0,5062
Capinópolis	0,723	2,0	12,2%	0,5936
Centralina	0,678	1,8	12,5%	0,4041
Gurinhata	0,68	2,2	14,3%	0,4896
Ipiaçu	0,696	1,6	16,1%	0,4416
Ituiutaba	0,739	2,2	8,3%	0,5093
Santa Vitória	0,71	2,6	11,6%	0,471

Fonte: IBGE, 2010

O agronegócio é a base da economia local. O plantio da soja está em franca expansão em função das condições extremamente favoráveis de solo, clima, relevo e localização. O cultivo da soja em escala empresarial é uma realidade, sendo um produto de grande aceitação nos mercados nacional e internacional. Esta situação favorece a movimentação da economia local, gerando empregos e oportunidades de negócios, atraindo novos investidores e população. Além disso, proporciona o incremento de tecnologia e conhecimento, gerando maior movimentação em toda a cadeia produtiva local, que acaba por apresentar novas demandas no setor de prestação de serviços (ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE ITUIUTABA, 2016).

No que se refere aos serviços de saúde na microrregião, os municípios organizaram um consórcio, com vistas à racionalização do uso de equipamentos, recursos humanos e instalações hospitalares. A região dispõe, principalmente, de serviços médicos que envolvem procedimentos de baixa e média complexidade. Apesar de os gastos com saúde dos municípios estarem acima do percentual mínimo de 15% da arrecadação, conforme estabelecido constitucionalmente, Ituiutaba possui hospitais

que não apresentam uma quantidade e diversidade significativa de procedimentos de alta complexidade. Ainda assim, Ituiutaba é uma referência importante para os demais municípios da região. As unidades de saúde do município exercem papel importante considerando a oferta local e regional de serviços de baixa e média complexidade (NASCIMENTO & MELO, 2011)

O percentual de gastos com a saúde nos municípios da microrregião pode ser visualizado na Tabela 3

Tabela 3 – Municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba (MG), receita e Percentual de Gastos com Saúde em 2013, em reais, por município.

MUNICIPIO	RECEITA ARRECADADA (R\$)	GASTOS COM SAÚDE
Cachoeira Dourada	22,9 MIL	19,78
Campina Verde	34,7 MIL	29,93
Canápolis	24,3 MIL	19,27
Capinópolis	40,5MIL	27,56
Centralina	17,5MIL	26,93
Gurinhata	16MIL	20,25
Ipiáçu	26,82MIL	26,82
Ituiutaba	203,8MIL	17
Santa Vitória	84,5MIL	22,53

FONTE: TCE, 2013

Em grande parte, os serviços de Saúde Bucal no âmbito da atenção primária na microrregião de Ituiutaba, já se encontram inseridos na Estratégia de Saúde da Família.

As Tabelas 4 e 5, com dados fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2016), apresentam informações sobre a atenção à Saúde Bucal na Microrregião de Saúde de Ituiutaba (MG).

Tabela 4 - Municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba(MG), Proporção de Exodontias em Relação ao Número de Procedimentos Restauradores (2014), Cobertura Populacional pelas Equipes de Saúde Bucal (2014) e Número de Cirurgiões Dentistas no SUS (2015), por município.

MUNICÍPIO	PROPORÇÃO DE EXODONTIAS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS RESTAURADORES (2014)	COBERTURA POPULACIONAL PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (2014)	NÚMERO DE CIRURGIÕES DENTISTAS NO SUS (2014)
Cachoeira Dourada	3,23%	100%	5
Campina Verde	5,72%	77,49%	6
Canápolis	4,93%	100%	4
Capinópolis	7,83%	87,53%	6
Centralina	11,79%	100%	4
Gurinhata	3,70%	100%	3
Ipiaçu	8,11%	100%	2
Ituiutaba	15,50%	31,40%	24
Santa Vitória	8,30%	100 %	6
TOTAL			60

Fonte: DATASUS, 2014.

Tabela 5 – Municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba(MG), Equipe de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) Tipo I e Tipo II, por município

MUNICÍPIO	ESF	ESB TIPO I	ESB TIPO II	ESB AUSENTE
Cachoeira Dourada	1	-	1	-
Campina Verde	5	2	-	3
Canápolis	4	1	3	-
Capinópolis	5	5	-	-
Centralina	3	3	-	-
Gurinhata	3	2	-	-
Ipiaçu	2	1	-	1
Ituiutaba	11	6	-	5
Santa Vitória	6	2	3	-
TOTAL	40	22	7	9

Fonte: DATASUS,2016

### 4.3 Sujeitos do estudo

Fizeram parte deste estudo quinze profissionais vinculados aos serviços de atenção primária da Microrregião de Saúde de Ituiutaba (MG), sendo, nove gestores municipais, seis cirurgiões dentistas das equipes de Saúde Bucal e um cirurgião dentista referência técnica em Saúde Bucal da Gerência Regional de Saúde (GRS) da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Como critério de inclusão, definiu-se que cada um destes profissionais deveria estar atuando no mesmo cargo ou função há pelo menos um ano.

### 4.4 Trabalho de Campo

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores, individualmente e um Grupo Focal com os Cirurgiões Dentistas dos municípios, seguindo um mesmo roteiro (APÊNDICE A), adaptado Instrumento de Avaliação Externa utilizado no desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

## Básica (PMAQ-AB)

O roteiro abordou as dimensões transversais ao objeto do estudo tendo como referência a Política Nacional de Saúde Bucal, a integralidade da atenção, a gestão e avaliação; e as que se referem diretamente ao objeto do estudo: o planejamento, o processo de trabalho e o controle social (BRASIL, 2012)

Foi realizada uma entrevista com um gestor, com o objetivo de testar a clareza do roteiro e sua adequação aos objetivos do estudo. Foi constatado que o roteiro se mostrou claro na sua utilização e que atendia aos objetivos propostos. Assim sendo, não houve necessidade de adequação do roteiro.

As entrevistas com os Gestores foram realizadas individualmente, em locais e datas previamente definidos com cada entrevistado. De acordo com Minayo (2014), a entrevista semiestruturada é uma fonte de expressão das ideias e dos valores dos sujeitos da pesquisa, sendo, por meio da comunicação orientada, que o pesquisador pode captar a subjetividade do entrevistado, bem como outras informações mais profundas do objeto a ser investigado. Por meio da entrevista, concede-se voz ativa aos sujeitos para que se expressem sobre a temática em questão, conferindo um significado particular à sua atividade e, por conseguinte, produzindo um novo conhecimento de mundo. Além de combinar perguntas abertas e fechadas, possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender estritamente à indagação formulada.

O grupo focal com os Cirurgiões Dentistas foi realizado na cidade de Ituiutaba. Os participantes do estudo foram indicados pelos respectivos coordenadores de saúde bucal, segundo o seguinte critério de inclusão: estar, ao menos, há um ano atuando na ESB.

Os grupos focais são grupos de discussão, que dialogam sobre um tema de interesse ao receberem estímulos apropriados. Essa técnica distingue-se por suas características próprias, principalmente pelo processo de interação grupal. Em uma vivência de aproximação, permite que o processo de interação grupal se desenvolva, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas. Gera possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo de estudo. E ainda possibilita entender a internalização em relação ao tema, no cotidiano (RESSEL *et al.*, 2008).

A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2016. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal e o Grupo Focal pela equipe de pesquisadores. No início das entrevistas e grupo focal, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelos participantes, ficando uma cópia com cada participante e outra com a pesquisadora. As entrevistas e o Grupo Focal foram gravados e transcritos, devendo ficar as fitas e transcrições sigilosamente armazenadas por cinco anos, quando serão destruídas.

#### **4.5 Análise dos Resultados**

O caminho metodológico empregado para a interpretação das informações obtidas nas entrevistas e no grupo focal foi a análise de conteúdo preconizada por Bardin (2009). A análise de conteúdo se constitui num conjunto de técnicas de análise de comunicação com o emprego de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens. O que se propõe é a inferência de conhecimentos referentes às condições de produção, com o auxílio de indicadores (quantitativos ou não), no qual a leitura do conteúdo é dinâmica, reflexiva e interpretativa. Foi aplicada a análise temática, que, de acordo com Minayo (2014), é a que melhor se adequa às investigações qualitativas em saúde.

A análise foi dividida em três etapas. Na primeira, foi realizada a pré-análise, através da leitura livre, flutuante, com o propósito de conhecimento e orientação da análise, definição das palavras chaves e das categorias de análise. Nesta etapa houve a formulação de hipóteses e o tratamento dos resultados por meio da inferência e interpretação. Na segunda fase, foi realizada a exploração do material, que consistiu em exaustivas leituras e categorização das respostas. Na terceira fase foi realizado o tratamento dos resultados: inferência e interpretação, relacionando os dados obtidos na entrevista ao referencial teórico utilizado (BARDIN, MINAYO, MARTINS).

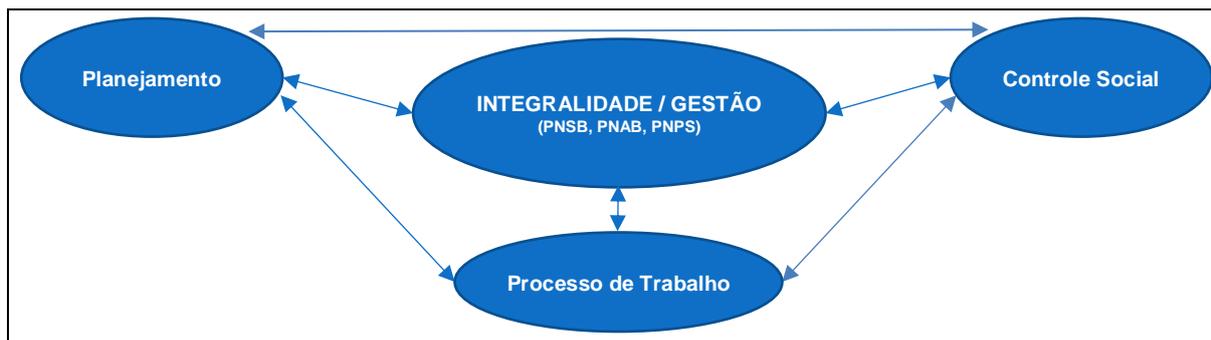
Para garantir o sigilo dos entrevistados, os mesmos foram identificados por duas letras, sendo a primeira "E" (entrevista) e a segunda, em ordem alfabética, conforme a ordem de sua realização: EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ e, para os participantes do grupo focal foram usadas as iniciais GF seguidas de numeração de acordo com a sequência que aparecem na gravação.

## 4.6 Modelo Lógico

Para a construção do desenho proposto por este estudo, foram considerados como aspectos transversais à PNSB: políticas públicas de Atenção Básica, de Promoção da Saúde; integralidade; gestão e avaliação. E, como dimensões de análise, o planejamento, processo de trabalho e o controle social.

Figura 2 - Modelo Lógico

Política Nacional de Atenção Básica <b>PNAB</b>	Política Nacional de Saúde Bucal <b>PNSB</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde <b>PNPS</b>
<p><b>Atenção Primária à Saúde</b></p> <p><b>Funções</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução; Organização; Responsabilização</li> </ul> <p><b>Princípios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeiro Contato</li> <li>• Acesso/Acessibilidade               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidade</li> <li>- Comodidade</li> <li>- Aceitabilidade</li> </ul> </li> <li>• Longitudinalidade</li> <li>• Integralidade do Cuidado</li> <li>• Coordenação</li> <li>• Centralização na Família</li> <li>• Orientação Comunitária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorientação das ações e serviços do setor de Saúde Bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.</li> <li>• Conceito Ampliado de Saúde</li> <li>• Universalização do acesso</li> <li>• Equidade</li> <li>• Integralidade do Cuidado</li> <li>• Descentralização</li> <li>• Regionalização</li> <li>• Vigilância</li> <li>• Território e Epidemiologia</li> <li>• Ética</li> <li>• Participação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoção de ações estratégicas de cuidado que devem envolver, ao mesmo tempo, operações sobre as doenças, sobre o ambiente e sobre as condições de vida das pessoas em comunidade.</li> <li>• Ações que tenham como objeto as condições e qualidade de vida, necessidades de saúde e, como referência, os determinantes, os riscos e os danos.</li> <li>• Ações que tenham o objetivo de favorecer escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades nos locais onde residem e trabalham.</li> </ul>
<p><b>Saúde da Família</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorientação da Atenção Básica</li> <li>• Caráter Substitutivo</li> <li>• Equipe de Saúde da Família</li> <li>• Organização do Processo de Trabalho</li> <li>• Ações no Território               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca Ativa</li> <li>- Visita Domiciliar</li> <li>- Cadastramento</li> </ul> </li> <li>• Adscrição de clientela</li> <li>• Vínculo (BRASIL, 1990)</li> </ul>	<p><b>Modelo de Atenção</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O modelo de atenção adotado pela PNSB segue a mesma direcionalidade dada pelos princípios e diretrizes do SUS</li> <li>• Forma de intervenção no processo saúde doença e a melhor resposta possível aos problemas e demandas individuais e coletivas da sociedade que ali reside, com os recursos existentes (BRASIL, 1990).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integralidade</li> <li>• Intersetorialidade</li> <li>• Trabalho em Equipe</li> <li>• Conhecimento, nos territórios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatores que colocam a vida e a saúde das pessoas em risco (ambiente, organização da sociedade, modos de viver e se relacionar);</li> <li>- Diferentes valores, crenças e comportamentos;</li> <li>- Identificação dos movimentos e equipamentos sociais (BRASIL, 1990).</li> </ul> </li> </ul>



#### 4.7 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais em 01 de junho de 2016, sob o número CAAE 55925216.5.0000.5149 e teve a anuência da GRS/ SMS-MG em 30 de novembro de 2015.

### 5. RESULTADOS

Os resultados foram apresentados na forma de um artigo, Seção 5.1, que foi submetido e aceito para publicação no periódico REVISTA GAÚCHA DE ODONTOLOGIA(RGO) (ANEXO E), e de um Produto Técnico, Seção 5.2, na forma de oficina de planejamento, a ser aplicada nos municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba-MG

#### 5.1 Artigo

Artigo submetido à Revista Gaúcha de Odontologia (Apêndice V).

**Serviços de Saúde Bucal na Atenção Básica em uma Microrregião de Saúde em Minas Gerais: aspectos dificultadores.**

**Oral Health Services in Primary Care in a Health Micro Region in Minas Gerais: troublesome aspects**

Sílvia Helena Campos Andraus - ANDRAUS SHC

Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, área de concentração - Saúde Coletiva

Concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final do manuscrito.

João Henrique Lara do Amaral - AMARAL JHL

Professor do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Concepção, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito

Marcos Azeredo Furquim Werneck - WERNECK MAF

Professor do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Concepção, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito

Raquel Conceição Ferreira - FERREIRA RC

Professora do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Concepção, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito

Artigo baseado na dissertação de Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, que será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em 30 de janeiro de 2017 Especialidade ou área da pesquisa: saúde coletiva

Especialidade ou área da pesquisa: saúde coletiva

**Organização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica na perspectiva de gestores e cirurgiões dentistas: processo de trabalho, planejamento e controle social**

**Organization of the actions of Oral Health in Primary Care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control**

Sílvia Helena Campos Andraus - Mestranda em Odontologia em Saúde Pública do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Av. 19 nº 861, Centro Ituiutaba/MG CEP: 38300124

Contato: 55 34 3261 2608 - e-mail: silviaandraus@gmail.com

Raquel Conceição Ferreira - Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, nº 6627. CAMPUS PAMPULHA. Pampulha. CEP: 31270-901

Contato: 55 31 3409 2442 - e-mail: raquelconceicaoferreira@gmail.com

João Henrique Lara do Amaral - Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, nº 6627. CAMPUS PAMPULHA. Pampulha. CEP: 31270-901

Contato: 55 31 3409 2442 - e-mail: jhamaral1@gmail.com

Marcos Azeredo Furquim Werneck - Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, nº 6627. CAMPUS PAMPULHA. Pampulha. CEP: 31270-901

Contato: 55 31 3409 2442 - e-mail: mfurquim52@gmail.com

## RESUMO

**Introdução** – As ações de saúde bucal no Brasil se caracterizaram por um modelo de atenção centrado na doença. Em 2004, o lançamento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, inseriu a saúde bucal na agenda de políticas públicas. Este processo apresenta fragilidades na gestão, em especial, processo de trabalho, planejamento e controle social. **Objetivos** - Avaliar a percepção de gestores e cirurgiões dentistas sobre a organização das ações de saúde bucal na atenção básica, numa microrregião de saúde, referentes ao processo de trabalho, planejamento e controle social. **Método** - Estudo de caso, qualitativo, com realização de entrevistas com os gestores de saúde bucal e grupo focal com cirurgiões dentistas. Empregou-se o método de análise de conteúdo proposto por Bardin. **Resultados e Discussão** - A gestão do planejamento e do processo de trabalho caracteriza-se por ações isoladas, baixo apoio institucional e processos autoritários verticalizados. No âmbito da atenção básica, não há integralidade e intersetorialidade. Os gestores e os cirurgiões dentistas têm pouco acesso aos indicadores e parâmetros fundamentais aos diagnósticos iniciais do planejamento. Predomina o modelo de atenção baseado na demanda espontânea. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica significou uma possibilidade de superação do atual modelo, com a instauração de novas formas de organizar o trabalho, de produzir, registrar informações, de planejar e implantar as ações. O controle social praticamente inexistente.

**Termos de indexação:** Saúde Bucal - Planejamento em saúde - Trabalho - Participação Comunitária - Integralidade - Administração de serviços de saúde

## ABSTRACT

**Introduction** – The oral health actions in Brazil were characterized by a care model focused on the illnesses. In 2004, the launching of the National Policy of Oral Health guidelines inserted oral health in the public politics agenda. This process presents weaknesses in management, especially in the work process, planning and social control. **Aims** – Evaluate the perception of managers and dental surgeons about the organization of the oral health actions in primary care, in a health micro region, with

regards to the work process, planning and social control. **Method** – Qualitative study case with the performance of interviews with oral health managers and focal group with dental surgeons. The content analysis proposed by Bardin was employed. **Results and Discussion** – The management of the planning and work process is characterized by isolated actions, low institutional support and verticalized authoritarian processes. In the scope of primary care, there is no integrality and intersectoriality. The managers and dental surgeons have little access to the fundamental indicators and parameters to the initial diagnosis of the planning. The National Program of Improvement to the Access and Quality in Primary Care meant a possibility of surmounting the current model, with the implementation of new ways to organize the work, produce, record information, plan and implement actions. The social control is practically inexistent.

**Key words:** Oral Health – Health Planning - Work – Community Participation - Integrality – Health Services Management

## INTRODUÇÃO

Nas últimas cinco décadas do século XX, a evolução dos serviços de saúde bucal no Brasil foi marcada por um modelo de atenção cientificista, centrado na doença e voltado apenas para o atendimento clínico e preventivo de escolares do primeiro grau, além do atendimento às urgências e às gestantes<sup>(1)</sup>. Esta situação, somada às desigualdades sociais, favoreceu a exclusão de grande parcela da população da atenção à saúde bucal.

Em 2004, o lançamento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como “Brasil Sorridente”, inseriu a saúde bucal na agenda de políticas públicas<sup>(2)</sup>. A PNSB é a política do SUS dirigida à saúde bucal da população. Com base no paradigma da Promoção da Saúde, parte de uma concepção ampliada que reconhece a saúde como um direito das pessoas e apresenta, como fundamentos essenciais para o alcance deste direito, os princípios constitucionais da integralidade

e do acesso. Percebe a integralidade como resultado da articulação das ações integrais e intersetoriais de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, e o acesso como a produção de um conjunto de serviços de cuidado e atenção à saúde bucal das pessoas. Reafirma a importância da participação democrática dos cidadãos, individual e coletiva, e busca responder às necessidades de saúde da população<sup>(3)</sup>.

A implantação da PNSB acelerou o processo de inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), gerou um aumento exponencial de equipes de saúde bucal, ampliando a cobertura dos serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica (AB) e criou os Centros de Especialidade Odontológica (CEO)<sup>(3)</sup>.

Apesar dos inequívocos avanços obtidos com a PNSB, o processo de sua implantação tem apresentado fragilidades no campo da gestão, da mudança do processo de trabalho, na efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal e de educação permanente, na consolidação da atenção secundária e na participação da população<sup>(4)</sup>. Este é um cenário que necessita ser melhor compreendido e, de forma especial, o processo de trabalho, o planejamento e o controle social<sup>(5)</sup>.

Na Microrregião de Saúde de Ituiutaba (MG), localizada na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, a organização dos serviços de Saúde Bucal na AB vem se caracterizando por uma recente inserção na ESF, não havendo registros oficiais sobre as formas de gestão, planejamento, organização do processo de trabalho e controle social.

Este estudo avaliou a percepção de gestores e cirurgiões dentistas acerca da organização das ações de Saúde Bucal na AB, considerando as diretrizes da PNSB, na microrregião de Ituiutaba (MG), no que se refere ao processo de trabalho, planejamento e controle social.

## **MÉTODOS**

Estudo de caso, exploratório e explanatório, de natureza qualitativa, que se presta à compreensão de fenômenos ou processos organizacionais e políticos. São estudos

exploratórios porque buscam informações sobre um determinado objeto que se deseja estudar e explanatórios por buscarem argumentos diversos, de fontes diferentes, com o objetivo de enriquecer as possibilidades de discussão e de proposições em relação ao objeto <sup>(6,7)</sup>. Este é um método útil quando o objeto é amplo e complexo e em situações onde a melhor estratégia é buscar conhecê-lo no contexto em que ocorre.

Este estudo foi desenvolvido no espaço institucional da Microrregião de Saúde de Ituiutaba, Minas Gerais (MG), situada no Triângulo Mineiro, e que compreende nove municípios: Cachoeira Dourada, Campina Verde, Canápolis, Capinópolis, Centralina, Gurinhatã, Ipiáçu, Ituiutaba, Santa Vitória, Campina Verde, Canápolis e Centralina<sup>(8)</sup>. Esta microrregião possui uma extensão territorial de 13.558,7 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 193.506 habitantes<sup>(9)</sup>. Os serviços de saúde foram organizados em um consórcio, com vistas à racionalização do uso de equipamentos, recursos humanos e instalações hospitalares<sup>(10)</sup>. Em relação à saúde bucal, os municípios da microrregião possuíam, em 2015, 60 cirurgiões dentistas atendendo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com a cobertura populacional de 54,7% <sup>(11)</sup>.

Participaram do estudo quinze profissionais: a referência técnica em saúde bucal da Gerência Regional de Saúde (GRS), representante da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG), oito gestores responsáveis pelo setor de saúde bucal dos municípios e seis cirurgiões dentistas lotados na AB.

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com os gestores e um grupo focal com os cirurgiões dentistas. O roteiro para as entrevistas e grupo focal foi único e adaptado do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O roteiro incluiu as dimensões transversais ao objeto do estudo (PNSB, integralidade da atenção, gestão e avaliação) e outras diretamente relacionadas ao objeto (planejamento, processo de trabalho e controle social). O roteiro foi previamente testado e não houve necessidade de alteração. As entrevistas com os gestores foram realizadas em locais e datas previamente definidos com cada entrevistado.

O grupo focal com os cirurgiões dentistas foi realizado na cidade de Ituiutaba. Os participantes foram indicados pelos respectivos coordenadores e deveriam estar, ao menos, há um ano atuando na Equipe de Saúde Bucal (ESB). No grupo focal, foi utilizado o mesmo roteiro empregado nas entrevistas.

A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2016. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal e o grupo focal pela equipe de pesquisadores. Ao início de cada um destes momentos, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelos participantes. As entrevistas e o grupo focal foram gravados e transcritos. O material obtido ficará sigilosamente armazenado por cinco anos, quando será destruído.

A análise do material foi realizada em três etapas. Na primeira, foi realizada a pré-análise, por meio da leitura livre, flutuante, com o propósito de conhecimento e orientação da análise, definição das palavras chaves e das categorias de análise. Na segunda fase, foi realizada a exploração do material, que consistiu em leitura exaustiva e categorização das respostas. Na terceira fase, foi realizado o tratamento dos resultados: inferência e interpretação, relacionando os dados obtidos na entrevista ao referencial teórico utilizado <sup>(12,13)</sup>. Foi empregado o método de análise de conteúdo proposta por Bardin.

Para garantir o sigilo as entrevistas foram identificadas por duas letras, sendo a primeira "E" (entrevista) e a segunda, em ordem alfabética, conforme a ordem de sua realização e, para os participantes do grupo focal foram usadas as iniciais GF seguidas de numeração de acordo com a sequência que aparecem na gravação.

O marco Teórico - Lógico considerou como temas transversais à PNSB: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); a integralidade; a gestão e a avaliação em saúde bucal.

**Políticas Públicas:** Ao se aliar às propostas da PNAB e da PNPS, a PNSB introduziu novos fazeres que, geraram a necessidade de mudanças no processo de trabalho das equipes das unidades de saúde, de forma multi e/ou interprofissional<sup>(14)</sup>. O modelo de

atenção adotado pela PNSB propõe que, na implementação das ações e serviços de saúde bucal, sejam considerados, em cada local, os determinantes sociais da saúde, a melhor resposta possível aos problemas e demandas individuais e coletivos, por meio dos recursos disponíveis<sup>(15)</sup>. A PNSB adotou a ESF como uma possibilidade de reorientação das ações e serviços nos âmbitos municipal e regional. É também fundamental, a articulação com os movimentos sociais e de controle social, bem como em ações intersetoriais<sup>(14)</sup>.

**Integralidade:** Neste estudo, a integralidade da atenção abarca as formas de organização dos serviços, o processo de trabalho e as relações dos serviços de saúde bucal com o sistema de saúde e a sociedade<sup>(14)</sup>. A integralidade articulada à intersetorialidade e à abordagem do território amplia o campo de trabalho das ESB, possibilitando o conhecimento dos fatores que colocam a vida e a saúde das pessoas em risco (ambiente, organização da sociedade, modos de viver e se relacionar), dos diferentes valores, crenças, e comportamentos, bem como a identificação dos diversos equipamentos e movimentos sociais com os quais se pode estabelecer um trabalho conjunto.

**Gestão:** A gestão e a administração implicam a lida com instituições, organizações e pessoas, sendo, pois, um processo de natureza política. Apesar disto, a gestão da saúde bucal na esfera pública ainda é um tema pouco abordado pela literatura recente<sup>(16)</sup>. Com a implantação do SUS, o Estado Brasileiro responsabilizou-se pelo financiamento e gestão da rede de serviços de saúde. A gestão vem desenvolvendo uma cultura de organização dos serviços que busca compatibilizar conhecimentos sobre administração pública com procedimentos sanitários considerados eficazes no enfrentamento das necessidades e problemas da população. No âmbito do SUS, observa-se a instituição de processos de gestão participativa e o incentivo ao controle social, envolvendo gestores, trabalhadores e a sociedade civil.

**Avaliação em saúde bucal:** As ações de avaliação podem significar uma melhora da capacidade de governo, contribuindo, assim, para aumentar a governabilidade do sistema de saúde. Uma importante iniciativa se refere aos processos de avaliação de qualidade instaurados em todo o país pelo Programa de Melhoria do Acesso e da

Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ CEO), realizados pelo Ministério da Saúde em parceria com algumas instituições universitárias. A avaliação realizada pelo PMAQ, por sua abrangência, fez uma importante aproximação às questões ligadas à estrutura, à gestão e ao processo de trabalho das ESB nas esferas da atenção primária e especializada. O PMAQ buscou conhecer a situação dos serviços por meio da percepção de gestores, profissionais e a satisfação dos usuários quanto ao acesso e utilização<sup>(17)</sup>.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer número CAAE 55925216.5.0000.5149 e teve a anuência da GRS da SES-MG.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Da análise do material coletado, emergiram as categorias planejamento, o processo de trabalho e o controle social.

### **Planejamento**

Preconizadas pelo SUS, pela PNSB, PNAB e PNPS, as ações de planejamento parecem ser uma prática pouco efetiva nos municípios estudados. De acordo com a coordenadora de saúde bucal da GRS, uma orientação geral é realizada para o planejamento das ações em todos os municípios. Dessa forma, quando acontece, o planejamento se dá de forma normativa. Embora exista a previsão de apoio institucional por parte da GRS e das Secretarias Municipais de Saúde para as ações de planejamento, parecem existir dificuldades na sua realização e direcionalidade.

*“O que é orientado [...] é que faça levantamento de demanda e [...] de necessidade. Que faça levantamento de risco, classificação de risco [...] risco social e risco de cárie. Depois, planejar. Mas, cada município faz isto de acordo com seu entendimento, [...] não existe esta sequência, sabe?”(EA)*

*“Cada equipe decide as suas ações, o jeito que vai trabalhar e tudo. A única coisa que a gente cobra é a visita domiciliar...prevenção ... escovação, levantamento epidemiológico, que é de dois em dois anos” (EB)*

Quando as ações não se dão de forma planejada, podem resultar em um serviço desarticulado, com base na rotina e no improviso, com preocupante ausência de planos e sem contar com a participação de todos os atores sociais envolvidos. Estas situações geram o “apagar os incêndios”, o “atender à demanda urgente”, a “geração de consultas”, e outras situações, em processos de trabalho desorganizados onde cada um atua da forma que lhe convém, às vezes buscando ajuda pontual, nem sempre com clareza quanto aos objetivos e metas a serem alcançados.

Os resultados revelaram que os levantamentos epidemiológicos são pouco utilizados como recursos para orientar o processo de trabalho das ESB. Quando muito, são realizados estudos para se conhecer o CPOD em escolares do ensino público do ensino básico, ou para conhecer as necessidades de tratamento odontológico de grupos da população. Esta situação fere as diretrizes da PNSB, que preconiza o uso da epidemiologia e das informações sobre o território para subsidiar o planejamento, enfatizando a necessidade de um diagnóstico prévio das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde <sup>(14)</sup>.

No processo de planejamento, com muita frequência, a coordenação municipal analisa e pactua os indicadores a serem utilizados ou os parâmetros de referência e, em seguida, se limita a informá-los às ESB.

*“... todos os programas vêm assim, as metas pactuada [...] se tem um indicador ... de escovação ... a gente acorda ele com a GRS e aí ... passa pra eles que tem que cumprir meta x”. (ED)*

*...não, a gente não faz junto [...] Fiz um esboço e fiz uma reunião com eles.. ah! o que vocês acham? ... tá bom assim?... Vamos mudar alguma coisa?. Mas, não foi construído junto não, [...] falta ... ser mais ... participativo”. (EH)*

Essa prática das coordenações municipais reproduz a rigidez observada na relação entre as instâncias regionais e a estrutura municipal. Nesse caso, as regionais exercem a função de repassadores de orientações do nível central para a esfera municipal<sup>(18)</sup>.

Os sujeitos afirmaram ter acesso apenas parcial aos indicadores que poderiam ser utilizados nos processos de planejamento.

*“A gente faz esse acompanhamento a cada trimestre, quando a regional vem apresentar os indicadores” (EE)*

*“Eu gostaria de ter acesso ao E-SUS [...] a gente procura, tenta, o técnico de informática não dá essa resposta prá gente [...] a regional, também não sabem. Eu queria puxar eles de volta prá interpretar” (EE)*

De acordo com o Ministério da Saúde, indicadores e parâmetros podem subsidiar a análise de resultados e a programação de ações dos serviços de saúde, com o intuito de orientar os gestores e os trabalhadores do SUS dos três níveis de governo. São, pois, fundamentais ao planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, visando a integralidade e a equidade no acesso. É recomendável que sejam adequados no nível dos Estados, Municípios e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades sócio epidemiológica e demográfica, bem como os recursos disponíveis<sup>(19)</sup>.

A maioria afirmou que o apoio institucional da GRS ou da gestão municipal às ESB é uma função pouco presente.

*“... a gente no início do ano, reúne com a coordenadora de saúde bucal e agente traça algumas metas [...] os indicadores que ... tem que cumprir, e ... repasso isso pra equipe, [...] mas, eu acho que ainda falta assim, a odontologia...eu acho que ela fica um pouco a parte...” (EF)*

*“E a gente não tem isso, a parte de fazer a pactuação, eles só nos informam, foi pactuado isso, isso, ... uma dificuldade que a gente enfrenta [...] a gente não tem, por exemplo esses dados ...” (GF4)*

O apoio institucional, como atribuição da gestão, tem como objetivo o fortalecimento de sujeitos individuais e coletivos, na produção da democracia institucional. É um processo que reforça as responsabilidades e traz, para indivíduos e equipes, os limites técnicos indispensáveis ao planejamento e à organização do trabalho. O apoio institucional pode facilitar diálogos, mediar conflitos, estimular a reflexão e introduzir novas possibilidades para o processo de trabalho. Possibilita ainda, o fortalecimento de pessoas ou grupo de pessoas para a autonomia e o protagonismo. Este apoio deve evitar o estabelecimento de dependência em relação à figura do apoiador <sup>(20)</sup>. A falta do apoio institucional na gestão do trabalho em saúde pode comprometer o desenvolvimento da capacidade de direção e de governo dos sujeitos quando se faz necessária a intervenção na realidade. Este apoio visa ampliar a capacidade dos sujeitos para lidar com o poder e estabelecer relações no trabalho com base nos saberes e afetos <sup>(20)</sup>.

Para os entrevistados, principalmente para os cirurgiões dentistas, o PMAQ, por meio da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), se constituiu na possibilidade real de avaliação do que se faz, como se faz e da percepção do que é necessário fazer com o emprego das matrizes de intervenção.

*E uma coisa que ajudou muito a gente a tá se organizando foi o PMAQ, porque tem o AMAQ né? E o AMAQ ele fez a gente ver muita coisa que ..., às vezes, presa lá no trabalho, ... não conseguia olhar, enxergar, então, ... a gente faz o [...] nosso AMAQ, ... traça lá as matrizes de intervenção ... (GF3)*

Outra questão que foi frequente nas respostas, diz respeito ao modelo de atenção centrado na organização da demanda espontânea, que ainda parece ser hegemônico e revela uma dificuldade concreta para a realização do planejamento conforme preconizam as políticas públicas. Esta situação parece ganhar um reforço quando o processo de planejamento tenha, como meta, a redução da demanda espontânea por acesso aos serviços de saúde bucal. Nestes casos, o apoio da gestão deve evitar a perspectiva da não mudança do modelo, procurando adequá-lo aos princípios e diretrizes do SUS.

*“... não dá muito pra gente programar muita coisa, porque a gente fica muito preso na demanda da cidade, principalmente na demanda espontânea. (GF3)”*

## Processo de Trabalho

De acordo com o relato dos sujeitos, a organização do trabalho das ESB, apesar das orientações da GRS e das Secretarias Municipais de Saúde, tem ficado a cargo dos profissionais de cada equipe. De acordo com os cirurgiões dentistas, na maioria das vezes, a organização do acesso toma por base a natureza da demanda em cada unidade de saúde. Assim, em geral a agenda destes profissionais é organizada semanalmente, sendo que algumas são de responsabilidade da ESB, e outras da recepção da unidade. Sua organização não foge do modelo da demanda espontânea, com ênfase no atendimento a pacientes agendados e urgências.

*“... nós agendamos... toda sexta-feira [...] só agenda durante a semana e deixa espaço pras emergências ..., eu vou atendendo essas emergências ao longo do dia, [...] e tem os pacientes que eu vou controlando, conforme eu vou terminando o tratamento, vão surgir novas vagas ... (GF3)*

*“Eles, preconizam [...] que a agenda teria que ficar na recepção e eu... a minha ... fica comigo ou com a minha THD, ... eu não concordo muito, porque a gente que tem que [...] saber qual o paciente que foi agendado, se ele faltou, [...],pra não ficar segurando pra outro que queira”. (GF4)*

Há situações em que as agendas são construídas de forma mais integrada com outros profissionais.

*“... eu estipulei, ... conforme a demanda ... tal dia, ... com uma enfermeira e um médico, [...] da gente marcar no mesmo dia, ... um idoso, diabético e hipertenso já vai lá na unidade pra fazer acompanhamento”.(GF4)*

Em algumas situações, na construção da agenda são incluídas ações definidas após o PMAQ: ações preventivas, levantamentos epidemiológicos e visitas domiciliares para acamados. Mas, nem sempre a agenda pôde ser observada em função das urgências atendidas (modelo de demanda espontânea).

*“todas as vezes que eu marcava visita eu chegava lá no PSF, tinha 3, 4 emergências pra eu atender, aí eu atendia 3, 4 emergências, tinha o serviço burocrático pra fazer, eu falava, eu não vou sair pra fazer visita”. (GF4)*

*“eu não tenho acesso à agenda, é tudo na recepção [...] a primeira consulta, o retorno, a demanda é muito grande também [...] no começo fazia bastante prevenção, palestra, ação nas escolas, mas agora, devido à demanda, tô ficando mais no consultório mesmo”*

Muitas vezes não há acesso às informações epidemiológicas para avaliar as ações realizadas, e planejar as próximas.

*“... devido ao PMAQ [...] a gente fez mais aquela agenda... fez muitas coisas que não tinham, [...], mas nem isso a gente tinha acesso, o levantamento epidemiológico nas escolas, que é o que dá pra gente ver como é que tá ...”(GF4)*

O Ministério da Saúde por meio da PNAB e do PMAQ-AB, propôs a organização de uma agenda capaz de garantir o acesso não somente às consultas, mas aos atendimentos em grupo, visitas domiciliares e demais ações de promoção em saúde<sup>(21,18)</sup>. Esta agenda significa uma forma de aproximação com os usuários, com o objetivo de garantir a assistência justa e integral. Sua construção deve levar em conta um diagnóstico preciso da realidade social e epidemiológica local, bem como uma análise dos riscos e vulnerabilidades a que a população está sujeita, para a identificação dos principais problemas existentes. Este diagnóstico deve fundamentar o planejamento e desenvolvimento das ações de saúde capazes de efetivar o acesso e superar problemas de acessibilidade em cada região<sup>(22)</sup>.

O SUS ainda permanece com práticas normalizadoras e centralizadoras<sup>(23,24)</sup>, nas quais, nem sempre há a participação efetiva dos profissionais no processo de gestão. O excesso de normas, na presença de uma gestão autoritária, pode criar uma rede com profissionais desmotivados e descompromissados, resultando em um sistema ineficiente, em relação ao objetivo principal de melhorar a saúde da população<sup>(25)</sup>. Esta situação pode transformar as práticas de atenção à saúde em atos mecânicos,

sem a criação do vínculo, como se fossem produções em série de uma organização profissional. Muitas vezes, as metas não são planejadas pelas equipes.

*"E aí eles querem números, né? Não é isso? Eles querem números, números e mais números (...)" (GF4)*

As questões trabalhistas, em especial os salários, foram apontadas como causas que dificultam a organização da AB como previsto na PNSB, o que interfere negativamente na ampliação do acesso e na garantia da resolubilidade<sup>(26)</sup>. De acordo com os relatos dos sujeitos nenhum dos municípios pesquisados possui plano de carreira.

*"Por isso que nós tínhamos essa dificuldade é...de montar a equipe de saúde bucal, porque a equipe de saúde bucal é oito horas diárias, tá entendendo? E eles, só, o contrato deles é quatro, e todos eles têm consultório particular, onde que eles não quer, só quer trabalhar as quatro hora(...)".(EC)*

A educação permanente é uma proposta do SUS e da PNSB<sup>(14)</sup>. Ela é uma ferramenta importante de apoio institucional e base para qualificação da gestão, pois traz, na sua metodologia, conceitos que consideram a prática rotineira dos profissionais do serviço, considerando gestores, profissionais de saúde e usuários como atores principais do processo de aprendizagem<sup>(23)</sup>, motivando-os a assumirem um papel pró ativo.

A necessidade de atualização técnica, de capacitação dos profissionais da ESB foi relatada pelos entrevistados. Os profissionais afirmaram serem poucos os momentos em que se tem acesso a algum curso, oficina ou seminário.

*"...a gente não teve essa capacitação mesmo, a gente tinha o material ... que deram pra gente, pra gente ler, [...] mas a gente tem dificuldade desse respaldo de alguém passar pra gente, porque tem coisas lá que até hoje a gente tem um pouco de dificuldade pra padronizar os atendimentos". (GF6)*

Esta situação contrasta com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que é uma proposta de prática de ensino/aprendizagem, uma política de educação na saúde que visa a construção e consolidação do trabalho em saúde<sup>(27)</sup>.

São cursos, treinamentos, estágios, seminários, oficinas e eventos similares, que podem acontecer de forma presencial e/ou à distância, ofertadas pelo governo ou instituições de ensino. Buscam atender os objetivos dos serviços ou instituições, podendo ser propostas pelos gestores e pelos profissionais. Se por um lado, suas ações podem induzir a reflexão, estimular a participação e o protagonismo dos sujeitos, por outro, podem se constituir em formas de normatização do trabalho prejudiciais ao desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais para participar dos processos de planejamento e decisão. Considerando os aspectos negativos apontados como uma distorção na aplicação da PNEPS, corre-se o risco de produzir desestímulo e alienação dos profissionais em relação ao trabalho<sup>(28,29)</sup>.

A prevenção e controle do câncer bucal está incluída na PNSB como uma necessidade de saúde a ser assumida pela atenção básica. O câncer de boca é uma condição de saúde que requer tratamentos especializados e complexos que também exigem intervenções em nível hospitalar e de recuperação. Ao abordar este problema, os entrevistados deixaram transparecer que não há um processo de vigilância, que proponha ações permanentes de diagnóstico, referência e contra referência, monitoramento e registro.

*Tudo funciona por amizade, por conhecer pessoas em Ituiutaba, ...em Uberlândia, que são nossos anjos da guarda, que se sensibilizam com a nossa preocupação, com a nossa carência de serviço e nos ajudam. Mas, legalmente, formalmente, os critérios de encaminhamento, eu não achei essas portas até hoje” (EE).*

Esta é uma situação preocupante e indesejável, restrita a ações pontuais, realizadas apenas quando há suspeita ou confirmação da doença, sem o estabelecimento de um sistema formal de referência e contra referência. Isto se contrapõe ao que preconizam as diretrizes da PNSB, que propõem o estabelecimento um sistema de controle do Câncer de Boca com a realização rotineira de exames preventivos e a preocupação de garantir a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo<sup>(14)</sup>.

## **Controle Social**

O controle social é uma garantia constitucional da participação da população nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todas as esferas de governo.

De acordo com os relatos, o controle social é percebido como um espaço de participação apenas do usuário. Para os sujeitos da pesquisa, os usuários parecem não perceber a saúde como direito, não exercendo um protagonismo nas relações que estabelecem com os serviços de saúde. A participação fica restrita às demandas dos usuários por acesso e informações sobre o funcionamento dos serviços.

*"...eu acho que, às vezes, falta um esclarecimento muito grande pra população ... esse é um problema ... muito sério, é a falta de informação, deles darem a devida importância...". (GF1)*

*" ... porque aqui não tem participação, nem o Conselho Municipal de Saúde ... tem reuniões formais para chamar o povo" (EI)*

A ouvidoria é o mecanismo mais importante de participação do usuário para tirar dúvidas, fazer reclamações e sugestões.

*"Não. Ele não participa. Só nessa questão da ouvidoria. Assim, a gente leva em consideração que eles reclamam. (EF)*

Em cidades menores, as formas de participação se dão também quando é possível o contato direto do usuário com os profissionais em espaços comuns de convivência.

*"...tem aquela pessoa que [...] não é urgência, uma restauração que caiu, por exemplo, ou um incômodo, uma sensibilidade, que não é necessariamente uma dor, mas a gente programa um agendamento"(EE)*

Grande parte das pessoas desconhece as possibilidades de participação. Possivelmente, este fato decorre da desinformação sobre as instâncias de participação existentes. Segundo Toro<sup>(30)</sup>, ser membro de um conselho ou conferência de saúde é uma escolha, que deve ser feita livremente por cada pessoa. Além da consciência, é preciso conhecer e compreender o SUS, seus princípios e diretrizes e, voluntariamente, optar pela responsabilidade e pelo desejo de participar. Outras formas de participação podem se dar por meio de instituições oficiais como o

Ministério Público, partidos políticos, mídia, orçamento participativo, democracia representativa, redes sociais, associações e agremiações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo revelou a existência de uma prática de planejamento centralizada e pouco participativa. Quanto ao processo de trabalho, está determinado pela pressão da demanda por urgências e tratamento em saúde bucal. Não foram identificadas formas expressivas de participação dos usuários e de controle social. Os resultados apontam para a necessidade de um esforço de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. O respeito aos princípios do SUS deve ser a garantia para a substituição do modelo centrado na demanda espontânea por outro referenciado na promoção da saúde. É importante que haja um movimento dos gestores junto às equipes de saúde bucal na proposição de um processo de gestão compartilhado, com efetiva participação destes com trabalhadores e usuários. Nesse sentido, é fundamental que se busque a aproximação aos movimentos sociais e o fortalecimento do controle social. Para a construção da PNSB e enfrentamento dos problemas e demandas, é necessário que as ações de planejamento partam da realidade, dimensionando respostas e avanços possíveis com os recursos que se dispõem em cada local. Neste contexto, adquire especial importância o fortalecimento do processo de trabalho por meio da organização das ações em equipe. As estratégias de promoção da saúde devem considerar os determinantes sociais no planejamento, implantação e avaliação de suas ações. O trabalho com base no conhecimento do território deve buscar, por meio das ações intersetoriais, a construção da integralidade e do acesso aos serviços de saúde.

## Referências

1. AQUILANTE AG, ACIOLE GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015: p. 239-248.
2. MATOS GCMea. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014: p. 373-382.
3. PUCCA JUNIOR GA, Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil, integralidade e acesso; o caso Brasil Sorridente. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Tese de Doutorado. Brasília: 2013: 99 p.
4. SILVEIRA FILHO AD. Avaliação da efetividade das ações de promoção de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde no SUS:Brasil 2013. Programa de Pós Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. 2015: 189 p.
5. SCHERER CI, SCHERER MDA. Advances and Challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. *Rev. Saúde Pública*. 2015: p. 1/13.
6. YIN R. Estudo de caso: planejamento e método. 2nd ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
7. YIN RK. Estudo de caso:planejamento e método. 3rd ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
8. MINAS GERAIS, SES. saude.mg.gov. [Online]. [cited 2016 12 20. Available from: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ADSCRICaO%20MUNICIPIOS-MICROS%20E%20MACRORREGIOES%20POP%20TCU%202011.pd>.
9. IBGE. [Site eletrônico].; 2017 [cited Jan 2017 11. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/>.
10. NASCIMENTO PAG, MELO NA. Ituiutaba(MG): reflexões sobre sua atuação na rede urbana regional a partir dos serviços de saúde e educação. *Geo UERJ*. 2011 2º semestre: p. 395-421.
11. DATASUS , Ministério da Saúde. [online].; 2017 [cited Jan 2017 11. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirmg.def>.
12. BARDIN L. Análise de Conteúdo. LDA ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
13. MARTINS GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. 2nd ed. São Paulo: Atlas; 2008.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2004.
15. TEIXEIRA CFT, VILABÔAS ALQ. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In PAIM JS, ALMEIDA - FILHO N(). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 121-137.

16. CAMPOS GWS, CAMPOS RTO. FIOCRUZ. ESPJV. [Online].; 2017 [cited 2017 Jan 17. Available from: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>.
17. BRASIL, M. S. Programa Nacional de melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual Instrutivo. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2012a. Report No.: ISBN 978-85-334-1899-8.
18. SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais, Saúde Soc, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, dez. 2013
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Critérios e parâmetros para o planejamento e programações de ações e serviços da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Série Parâmetros SUS. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle dos Sistemas; 2015.
20. PEREIRA JR N, CAMPOS GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde(SUS): os dilemas da integração interfederativa da gestão. Interface. Comunicação, saúde, educação. 2014: p. 859-908.
21. BRASIL, M. S. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
22. COSTA AC, BUCKY DAC, MONTEIRO MS, FIGUEIRA SMA. Agenda - um desafio para organização do serviço de saúde. SPDM. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina/Programa de Atenção Integral à Saúde. 2013. 20 p.
23. FALLEIRO LdMea. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In FALLEIRO LdM(). Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria a prática. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em saúde. 1st ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 18-25.
24. GUIZARD FL, CAVALCANTI FO. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. Interface: saúde, comun., educação. 2010 jul./set: p. 633-645.
25. DUSSAULT G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev. Adm. Pub. 1992 abr/jun: p. 8-19.
26. SOUZA GCdA, COSTA IdCC. O SUS nos seus vinte anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo. 2010: p. 509-517.
27. CECIM RB, FERLA AA. Dicionário da Educação Permanente em Saúde. [Online].; 2009 a [cited 2015 10 23. Available from: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>.
28. PEZZATO LM, L'ABBATE S, BOTTAZZO C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013 jul: p. 2095-2104.
29. DAVINI MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In Saúde DdGdEe, editor. Política nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: secretaria de gestão do trabalho e da educação na Saúde; 2009. p. 39-56.

30.TORO JB, WERNECK NMD. Mobilização Social: um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte:, Série Comunicação e Mobilização Social,2; 2004.

## **5.2 Produto Técnico**

### **Identificação Do Evento**

**Título:** "Oficina de Planejamento para a organização dos serviços de Saúde Bucal na Microrregião de Saúde de Ituiutaba - MG"

### **Apresentação e Justificativa**

A proposta desta oficina teve origem nos resultados de uma pesquisa realizada por uma cirurgiã dentista lotada na Secretaria Municipal de Saúde de Ituiutaba e aluna do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG. Teve, como objetivo, conhecer as dificuldades de gestão e os desafios que se colocam para os municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba (MG) na organização dos serviços de Saúde Bucal no âmbito da atenção básica. Apresenta-se tanto como uma devolutiva para os sujeitos do estudo, quanto como uma possibilidade de se instrumentalizar a gestão e os profissionais, por meio do processo de planejamento, para o enfrentamento das dificuldades e a organização de ações cada vez mais efetivas dos serviços de Saúde Bucal, para responder às necessidades e demandas da população que os utiliza.

Esta iniciativa se justifica pelo fato de que, no campo da saúde pública, até o início do presente século, o setor de Saúde Bucal se limitou às ações curativas e mutiladoras, à atenção preventiva restrita aos escolares do primeiro grau e às gestantes, com pouco impacto diante do preocupante avanço da cárie dentária e do edentulismo, principalmente nos adultos e idosos. Com o lançamento, em 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal, buscou-se o fortalecimento da atenção básica, com aumento do número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia de Saúde da Família, a

ampliação do cuidado a toda a população, a atenção integral (especializada e hospitalar), a adoção de ações de prevenção e promoção da Saúde Bucal e a criação de ações de vigilância. Este movimento possibilitou um efetivo crescimento das ESB, ampliou o acesso e a cobertura dos serviços de Saúde Bucal no País.

Porém, apesar do fortalecimento da capacidade de gestão dos municípios decorrente do processo de descentralização do SUS, a literatura recente mostra que ainda não foram alcançadas as mudanças na organização da atenção à Saúde Bucal no serviço público no Brasil, capazes de romper com o modelo biomédico, de ampliar o acesso e oferecer atendimento integral a toda a população que depende dos serviços do SUS. É necessário reforçar a estratégia de saúde da família e o protagonismo da Saúde Bucal na reorientação do modelo de atenção à saúde. O enfrentamento desta situação encontra, no planejamento, o reforço para o processo de tomada de decisões, possibilitando mais autonomia aos atores envolvidos, visando ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. Coloca-se, então, para os gestores e trabalhadores do SUS a necessidade de repensar o processo de planejamento e o próprio processo de trabalho, com aproximação aos movimentos populares, exigindo um agir mais participativo e a aplicação do planejamento em toda a sua potencialidade, como forma de enfrentar e superar dificuldades.

Esta superação, de alguma forma, está relacionada à capacidade do nível local em se articular como equipe e, junto à população, assumir a responsabilidade pela gestão do plano e conquistar autonomia para definir e direcionar o sistema de saúde de forma coerente com os problemas e as demandas locais. Impõe-se a necessidade de se fazer o planejamento voltado para a pactuação com outros municípios na constituição de um sistema integrado de saúde. É necessário desmitificar o planejamento e seus instrumentos como algo inacessível ao gestor local e fazer com que suas técnicas se coloquem ao alcance dos que não se consideram planejadores, mas que, sem dúvida, incluem-se entre os que de fato planejam e fazem as coisas acontecer no dia-a-dia do município e da base do sistema de saúde.

**Tema Central:** Planejamento das Ações de Saúde

**Localização do evento:** Município de Ituiutaba (MG)

**Período de realização:** 10 de abril de 2017, 11 de abril de 2017

**Inscrições no evento:** As inscrições para o evento serão realizadas exclusivamente pela internet, no site [www.odonto.ufmg.br/cenex](http://www.odonto.ufmg.br/cenex)

### **COMISSÃO ORGANIZADORA**

**Coordenação Geral:** Professor Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck, Professor Dr. João Henrique Lara do Amaral

**Sub coordenação:** Sílvia Helena Campos Andraus

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral:**

Realizar uma oficina de trabalho sobre Planejamento das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica na Microrregião de Saúde de Ituiutaba (MG) para potencializar o enfrentamento das dificuldades de organização das ações dos serviços de Saúde Bucal.

#### **Objetivos específicos:**

1. Realizar a devolutiva dos resultados do estudo sobre as dificuldades de gestão para a organização dos serviços de Saúde Bucal no âmbito da atenção básica na Microrregião de Ituiutaba (MG).
2. Apresentar e discutir o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).
3. Apresentar e discutir o instrumento do PES a ser utilizado durante a oficina.
4. Realizar o exercício de planejamento tomando como referência um problema identificado pelos participantes da oficina como objeto para análise, estudo e proposição de superação.

5. Elaborar um plano de intervenção, como produto deste exercício, para o enfrentamento do problema.

## **METODOLOGIA DE TRABALHO**

Programação da Oficina:

1. Devolutiva dos resultados do estudo.
2. Exposição dialogada sobre o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES).
3. Apresentação e discussão do instrumento do PES a ser utilizado durante a oficina.
4. Realização do exercício de planejamento, tomando como referência, um problema reconhecido pelos participantes da oficina como objeto para análise, estudo e proposição de superação.
5. Elaboração de um plano de intervenção para enfrentamento e superação do problema.
6. Estabelecimento de um termo de compromisso para os processos de implantação, monitoramento e avaliação do plano de intervenção.
7. Avaliação da oficina.

Será elaborado um instrumento contendo perguntas sobre o método, os tempos e os instrumentos utilizados nos diversos momentos da oficina. Este documento será respondido individualmente e, em seguida, haverá uma roda de conversa onde todos os participantes poderão se manifestar.

## **PROGRAMAÇÃO**

**Dia 10 de abril de 2017 – segunda-feira**

8:00 - Abertura

8:30 - Apresentação dos resultados da pesquisa dos resultados do estudo sobre as dificuldades de gestão para a organização dos serviços de Saúde Bucal no âmbito da atenção básica na Microrregião de Ituiutaba (MG).

10:00 – Coffee Break

10:30 – Exposição dialogada sobre Processo de Trabalho em Saúde

12:00 – Almoço

14:00 – Exposição dialogada sobre Planejamento Estratégico Situacional

15:30 – Coffee Break

16:00 - Apresentação e discussão do instrumento do PES a ser utilizado durante a oficina.

17:30 – Encerramento

### **Dia 11 de abril de 2017 - terça-feira**

8:00 – Acolhida dos participantes

8:30 – Realização do exercício de planejamento, tomando como referência, um problema reconhecido pelos participantes da oficina como objeto para análise, estudo e proposição de superação

10:00 – Coffee Break

10:30 – Elaboração de um plano de intervenção para enfrentamento e superação do problema.

12:00 – Almoço

14:00 - Elaboração de um plano de intervenção para enfrentamento e superação do problema.

15:30- Coffee Break

16:00 - Estabelecimento de um termo de compromisso para os processos de implantação, monitoramento e avaliação do plano de intervenção.

17:00 - Avaliação da oficina

17:30 - Encerramento

### **CONVIDADOS PARA O EVENTO:**

1. Gestor da Gerência Regional de Saúde (GRS);
2. Gestores responsáveis pela Saúde Bucal dos municípios da microrregião;
3. Equipes de Saúde Bucal;

4. Um representante do Conselho Municipal de Saúde de cada município da microrregião.

#### **GERENCIAMENTO DO PROJETO:**

Este projeto será executado pela Faculdade de Odontologia da UFMG.

#### **Ações da FOUFMG:**

Realização de inscrições

Emissão de certificados

#### **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Identificar as principais dificuldades para organização das ações de Saúde Bucal de acordo com PNSB, revelou-se uma tarefa extremamente relevante. Independentemente dos resultados obtidos, proporcionou aos profissionais participantes desse estudo, gestores e cirurgiões dentistas, a oportunidade de reflexão sobre a sua prática e a constatação de suas limitações, oferecendo a possibilidade de expor suas queixas, frustrações e trocar conhecimentos e experiências.

A PNSB se insere como a proposta do SUS para o setor e propõe diretrizes para reorientação do modelo de atenção à saúde, num processo que é potencializado por outras políticas (PNAB e PNPS), pela inserção de equipes de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família e pelos mecanismos de financiamento que lhe dão suporte. Decorridos doze anos de sua implantação, pode-se constatar expressivos avanços, tais como a expansão da infraestrutura (atenção básica, média e alta complexidade) e a melhoria dos indicadores oficiais. No entanto, ainda persistem problemas e limitações que necessitam ser enfrentados.

A avaliação que vem sendo realizada pelo governo federal por meio do PMAQ significa um avanço real na possibilidade de que a organização dos serviços de Saúde Bucal seja, de fato, conhecida, analisada e confrontada com os princípios das políticas que abrangem o setor de saúde. A realização da autoavaliação (AMAQ) introduz a oportunidade de gestores e trabalhadores discutirem e deliberarem sobre situações, que envolvam diretamente a gestão (infraestrutura, planejamento, processo de

trabalho e participação popular) e permite ainda a avaliação do modelo de atenção em relação aos princípios e diretrizes do SUS, em particular a organização do acesso e a integralidade da atenção.

Neste estudo foi possível constatar que, apesar dos ganhos conferidos pelo PMAQ, nos municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba (MG), sua efetividade ainda é incipiente e se deve mais aos incentivos financeiros do que a reorganização da gestão e do processo de trabalho. Todos os profissionais do setor de Saúde Bucal são concursados e trabalham em regime 20 horas semanais. Não são abertos concursos públicos para Cirurgiões Dentistas em regime de 40 horas semanais, o que vem dificultando a habilitação de ESB de acordo com a proposta da estratégia de Saúde da Família. Não há um PCCS que regulamente a progressão funcional dos profissionais. Esta situação é agravada pela ausência de previsão de incentivos salariais em decorrência da Pós-Graduação ou em processos de formação organizados pelos serviços de saúde.

Ainda persistem problemas na compreensão do modelo de atenção proposto pelo SUS, o que acarreta uma prática predominantemente curativista, sem a adoção de instrumentos para o planejamento, ocasionando práticas com base no improviso e na rotina. Em geral o trabalho é marcado pelo isolamento, fragmentação e ações repetitivas realizadas por profissionais desmotivados e com uma frágil presença da gestão dos municípios e da GRS.

Foi possível constatar que, na maioria das vezes, a gestão se faz por meio de atos centralizados, com a adoção, pelo nível central, de programas e projetos propostos pelo Ministério da Saúde, que são comunicados sem um processo de discussão prévia, sem considerar as peculiaridades loco-regionais. A esse processo soma-se a exigência do cumprimento mensal / anual de metas. Não há, um processo compartilhado de tomada de decisões. O excesso de normas tem levado à falta de envolvimento dos profissionais que se limitam a cumprir as metas exigidas.

As ESB não utilizam, como rotina, os instrumentos de planejamento para organizar suas ações. Isto ocorre, muitas vezes, por falta de protagonismo de seus membros ou, por omissão das SMS. As propostas de organização das ações, quando acontecem, se dão a partir da iniciativa pessoal de algum profissional da ESB, com

base no imprevisto, em função de alguma premência ou pressão da demanda, com tendência de se perder na rotina.

Por solicitação da GRS, os municípios realizam, bianualmente, levantamentos epidemiológicos junto a populações escolares. Nestes casos, as ESB são acionadas para realiza-los. Entretanto, em função da ausência de planejamento, os resultados nem sempre são considerados importantes, não são divulgados sendo comum que os profissionais, assim como os gestores, não tenham acesso aos mesmos ou, que nunca os utilizem como referência para planejar ações que possam ser implantadas e avaliadas.

Quanto à organização do processo de trabalho, apesar das diretrizes propostas pela PNSB, não há, por parte da GRS ou das SMS da Microrregião, uma proposta que oriente as ações cotidianas dos serviços de Saúde Bucal nas unidades de saúde. A organização do acesso, das ações de promoção e de natureza clínico preventivas vão depender

da implicação e do protagonismo do cirurgião dentista.

Diante da pressão da demanda e da frequência dos atendimentos de urgência, predomina o trabalho clínico em ambiente de consultório. Há dificuldade na realização das ações de promoção e prevenção fora do ambiente clínico, no trabalho multiprofissional e ações de caráter intersetorial. O princípio da integralidade fica comprometido quando não é realizada a busca ativa e o acompanhamento dos pacientes já atendidos. Em função desses limites, os sujeitos deste estudo apontam para o agravamento das condições de Saúde Bucal da população.

O princípio constitucional do controle social do SUS praticamente inexistente e ainda é um dos maiores desafios na Microrregião. A participação popular necessita de mecanismos ágeis de informação junto à população capazes de torna-la mais consciente sobre que é o SUS e apta para, de fato, atuar de forma cidadã por meio dos conselhos e conferências de saúde, do Ministério Público, de associações e agremiações populares, dos meios de comunicação e outras formas de participação.

Embora existam os conselhos e, periodicamente, sejam realizadas as conferências municipais de saúde, os relatos restringem esta participação aos momentos de

aprovação de contas nos conselhos e na realização das conferências, ocasiões em que pouco se aborda sobre a Saúde Bucal. Não há participação dos usuários na organização dos serviços de Saúde Bucal.

Como sugestão, considerando essas dificuldades, propõe-se a criação de uma instância colegiada composta por um profissional de Saúde Bucal de cada um dos nove municípios da Microrregião de Saúde de Ituiutaba, com a finalidade de se um fórum permanente de discussão dos problemas comuns inerentes aos serviços de Saúde Bucal da região, e busca de soluções e apoio mútuo para o fortalecimento de um sistema local, em rede. Faz-se a sugestão de implantação de um processo de educação permanente com a realização periódica de cursos de curta duração, oficinas de trabalho e videoconferências, bem como a formação de uma biblioteca (virtual e *in situ*), nos campos da gestão, planejamento, epidemiologia, clínica ampliada, processo de trabalho e avaliação dos serviços públicos de Saúde Bucal.

## Referências

ANQUILANTE AG, ACIOLE GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente" : um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015: p. 239-248.

ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE MUNICÍPIOS. Caracterização econômica das regiões de planejamento. [online].; 2016 [acesso em 2016 11 26]. Disponível em: <http://portalamm.org.br/caracterizacao-economica-das-regioes-de-planejamento/>.

ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE ITUIUTABA. ACII. [Online].; 2016 [acesso em 2016 12 05]. Disponível em: <http://aciituiutaba.com.br/dados.html>.

BARDIN L. Análise de Conteúdo. LDA ed. Lisboa: Edições 70; 2009.

BRASIL, D.A.S. Portal da Saúde. [Online].; 2012 [cited 2016. Available from: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php).

BRASIL, M. S. [Diretrizes para Política Nacional de Saúde Bucal].; 2004. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>.

BRASIL, M. S. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: documento técnico. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2005. Série B.

BRASIL, M. S. Portaria nº 1444, de 30/12/200. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL, M. S. Portaria nº 267 , de 06 de março de 2001. Brasília:, DOU; 2001.

BRASIL, M. S. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira,2002-2003, resultados principais. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Bucal. Ministério da saúde; 2004.

BRASIL, M. S. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2011.

BRASIL, M. S. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Portaria 1654; 2011.

BRASIL, M. S. Programa Nacional de melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual Instrutivo. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2012a. Report No.: ISBN 978-85-334-1899-8.

BRASIL, M. S.. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO)- PMAQ CEO. Manual Instrutivo. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2013.

BRASIL, M. S. Auto avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas - AMAQ CEO. Textos básicos de saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2013a.

BRASIL. Constituição Federal. [Online]. Brasília; 1988 [cited 2017 jan 26. Available from:.

BRASIL. Lei 8080. Brasília: 1990.

BRASIL. Lei 8.142. Brasília: 1990.

CALVO MCM et al. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In GOES PSA, MOYSÉS SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 183-193.

CARVALHO B et al. A gestão do SUS e a práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Ciência e saúde coletiva. 2012: p. 901-911.

COLUSSI CF, CALVO MCM. Modelo de Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica. Cad. Saúde Pública. 2011 set: p. 1731-1745.

FIOCRUZ. SUS de A a Z. Descentralização. [Online].; 2017 [cited 2017 jan 07. Available from: <http://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>.

FONSECA PC, FERREIRA MAM. Investigação dos níveis de eficiência na utilização dos recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais.

Saúde Soc. São Paulo. 2009: p. 199-213.

GIGANTE EC, GUIMARÃES JP. A trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS. Caderno Saúde e Desenvolvimento. 2013 jul/dez: p. 67-77.

HOUAISS A&VMS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. In CAMPOS GWS&CRTO. Dicionário da educação profissional em saúde.: Fundação Osvaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde; 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: [www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br). Acessado em: 28/8/2017.

KALIL MEX, FEUERWERKER L. Modelos de atenção à saúde; do que estamos falando? Olho Mágico. 2002 jan/abr: p. 73-79.

KUSMA S.Z., et a. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. Cad. Saúde Pública. 2012: p. S9-S19.

MARTINS GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. 2nd ed. São Paulo: Atlas; 2008.

MATTA GC. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In MATTA GC, PONTES ALM (org.). Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007. p. 61-80.

MATOS GCMea. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva. 2014: p. 373-382.

MERHY, Emerson Elias. Engravidando palavras: o caso da integralidade. Disponível em: [www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf)

MINAYO MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MOYSÉS SJ, GOES PSA. A formulação de políticas públicas de saúde bucal. In MOYSÉS SJ, GOES PSAea. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 15-32.

NASCIMENTO PAG, MELO NA. Ituiutaba (MG): reflexões sobre sua atuação na rede urbana regional a partir dos serviços de saúde e educação. Geo UERJ. 2011 2º semestre: p. 395-421.

OLIVEIRA SRDA, TEIXEIRA CF. Avaliação da regionalização do SUS: construção do modelo teórico-lógico. Revista Baiana de Saúde Pública. 2013 jan/mar: p. 236-254.

PAIM JS, TEIXEIRA CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Pública. 2006 Abr: p. 73-78.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. SUS: princípios diretrizes. [Online].; 2017 [cited 2017 jan. 19. Available from: <https://www.portaldaeducacao.com.br/medicina/artigos/38572/sus-principios-e-diretrizes>.

REDE UNIDA: Relatório da oficina de sistematização sobre modelo de atenção. Boletim Informativo da Rede. UNIDA, UNIDA, UNIDA, UNIDA, UNIDA, Londrina, v. 16, n. 34, p. 3, maio/ago. 2001

RONCALLI AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único. In PEREIRA AC. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED; 2003. p. 28-49

SCHERER CI, SCHERER MDA. Advances and Challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. Rev. Saúde Pública. 2015: p. 1/13.

SILVA CBD, RAMIRES JCDL. Regionalização da Saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas. Hygeia. Revista de Geografia Médica e da Saúde. 2010 Dez: p.

SOBRINHO JEdL, ESPÍRITO SANTO ACG. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município de Santo Antão, Pernambuco. Saúde Soc. São Paulo. 2013: p. 994-1000.

SCHERER CI, SCHERER MDA. Advances and Challenges in oral health after a

WERNECK M.AF. Teorias do planejamento em saúde. In GOES PSA, MOYSÉS SJ.

Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. Porto Alegre: Artes Médicas; 2012.  
p. 33-44.

YIN R. Estudo de caso: planejamento e método. 2nd ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

YIN RK. Estudo de caso: planejamento e método. 3rd ed. Porto Alegre: Bookman;  
2005.

## **Apêndices**

## Apêndice A

### Roteiro para diagnóstico dos serviços públicos de Saúde Bucal na Atenção Básica da Microrregião de Ituiutaba - MG (2016)

#### (Adaptado do PMAQ AB)

#### 1- Características do Entrevistado: Gestores e Cirurgião dentista

- . Profissão
- . Tipo de vínculo com o serviço
- . Forma de ingresso
- . Tempo de exercício profissional na rede pública
- . Experiência em gestão (tempo)
- . Há plano de carreira definido neste município?

#### 2- Características das Equipes de Saúde Bucal:

- . Quantas equipes de saúde bucal na atenção básica?
- . Quantas estão inseridas na estratégia de saúde da família?
- . Qual é a modalidade?

#### 3- Planejamento e avaliação:

- . Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?
- . Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?
- . Existe apoio institucional para os processos de planejamento e avaliação?  
Como é realizado o apoio?
- . A gestão disponibiliza para a equipe de atenção à saúde bucal informações (da epidemiologia e do território) que auxiliem na análise de situação de saúde?
- . Existem ações de planejamento em parceria entre ESB e equipe de atenção básica?
- . A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?

- . Foi realizado algum processo de auto avaliação pelas equipes de saúde bucal nos últimos seis meses?
- . Os resultados da auto avaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?
- . Como é realizada a avaliação dos resultados do plano?

#### 4- Atenção à Saúde Bucal:

- . Como a ESB se organiza para responder às demandas pelos serviços de saúde bucal?
- . A equipe de saúde bucal utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea?
- . A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?
- . A equipe realiza campanhas para detecção de lesões bucais e encaminha casos suspeitos de câncer de boca?
- . Como a ESB se organiza para o cuidado a grupos específicos? (Por condição e por faixa etária)
- . A equipe registra e acompanha os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?
- . O usuário participa do planejamento, organização e avaliação das ações de saúde bucal?
- . Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da equipe de saúde bucal?
- . Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde?

## Apêndice B

### Carta de Anuência para Autorização de Pesquisa

#### ANEXO 2

##### CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra. Flávia Catarina Alves Viali

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada DIFICULDADES PARA A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS DA MICORREGIÃO DE ITUIUTABA (MG): A PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS, a ser realizada na microrregião de Ituiutaba-MG pela mestrandia Sílvia Helena Campos Andraus, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck e Prof. Dr. João Henrique Lara Amaral, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): estabelecer um diagnóstico das principais dificuldades encontradas para organização das ações de saúde bucal na atenção básica, de acordo com a percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões dentistas, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos através de entrevistas com os coordenadores de saúde bucal dos municípios da microrregião e cirurgiões dentistas. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Ituiutaba, 30 de Novembro de 2015.

*Sílvia Andraus*

**Sílvia Helena Campos Andraus**

Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação       Não concordamos com a solicitação

18.715.516/0032-84

GERÊNCIA REGIONAL DE  
SAÚDE DE ITUIUTABA

RUA 16 Nº 223 - CENTRO  
CEP 38300-070  
ITUIUTABA - MINAS GERAIS

*Flávia Viali*

**Flávia Catarina Alves Viali**

Diretora da Gerência Regional de Saúde  
**Flávia Viali**  
Diretora - GRS/Ituiutaba  
MASP 1388200-6

## **Apêndice C**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Dificuldades para a organização das ações de saúde bucal na atenção básica nos municípios da Microrregião de Ituiutaba (MG): a percepção de gestores e profissionais”, realizado pela mestranda Sílvia Helena Campos Andraus, sob a orientação dos Professores Marcos Azeredo Furquim Werneck e João Henrique Lara do Amaral. O objetivo geral do estudo é conhecer a percepção dos coordenadores municipais de saúde bucal, e cirurgiões dentistas, quanto à organização das ações de saúde bucal em atenção básica dos municípios na microrregião de Ituiutaba (MG), de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. As perguntas que serão feitas a você dizem respeito a sua vida profissional e sua percepção sobre a Política Nacional de Saúde Bucal. Afirmamos que as informações prestadas por você serão sigilosas, seu nome não será citado em qualquer publicação e os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa.

A sua participação é muito importante e inteiramente voluntária. Nessa pesquisa os riscos são mínimos, uma vez que os dados serão guardados com total sigilo, e, em caso de haver algum constrangimento, você está livre para recusar a participar a qualquer momento, mesmo durante o desenvolvimento da pesquisa. A sua participação nessa pesquisa não implica em custo ou recebimento de benefício financeiro

Toda pesquisa realizada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais é avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - COEP/UFMG. Portanto, no caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos, você poderá obter informações sobre esta pesquisa no COEP/UFMG, Avenida Antônio Carlos nº 6627 - Prédio da Reitoria - 7º andar, sala 7018 - CEP: 31270-901 - Belo Horizonte - MG, e-mail: [etica@ufmg.br](mailto:etica@ufmg.br). Telefone: (31) 3409-4592.

Qualquer esclarecimento será realizado através do contato com o orientador, Prof. Marcos Azeredo Furquim Werneck, e-mail [mfurquim52@gmail.com](mailto:mfurquim52@gmail.com), telefone (55) (31) 999587387 e/ou com o Coorientador, Prof. João Henrique Lara do Amaral, e-mail [jhamaral1@gmail.com](mailto:jhamaral1@gmail.com), telefone (55) (31) 999572306, no endereço: Faculdade de

Odontologia - Av. Antônio Carlos, nº 6627, Campus Pampulha da UFMG, Belo Horizonte, MG, CEP: 31270-901. Telefones para contato: (31) 34092442, 34092448, 34092474; ou ainda com a aluna Sílvia Helena Campos Andraus, telefone (55) (34)999181810, e-mail silviaandraus@gmail.com, endereço: Rua 20,1219, Ituiutaba, MG, CEP:38300-074.

Eu, \_\_\_\_\_, considerando as explicações acima, como cirurgião dentista da Estratégia Saúde da Família ou gestor de saúde do município, declaro livre e voluntariamente, que fui devidamente informado (a) sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que eu forneci. Tenho a perfeita clareza de que posso, a qualquer momento, suspender meu consentimento. Concordo voluntariamente em cooperar com esta pesquisa, sendo garantido o meu direito de não identificação.

Declaro ainda ter conservado comigo cópia deste Termo de Consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cirurgião-Dentista/  
Gestor de Saúde

# **ANEXOS**

## Anexo A

### Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE 55925216.5.0000.5149

Interessado(a): Prof. Marcos Azeredo Furquim Werneck  
Departamento de Odontologia Social e Preventiva  
Faculdade de Odontologia- UFMG

#### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 01 de junho de 2016, o projeto de pesquisa intitulado "**Dificuldades para a organização das ações de saúde bucal na atenção básica nos municípios da microrregião de Ituiutaba (MG): a percepção de gestores e profissionais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz  
Coordenadora do COEP-UFMG

## Anexo B

### Parecer Consubstanciado do Colegiado de Pós Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais



#### Parecer consubstanciado final

**Título:** Dificuldades para a organização das ações de saúde bucal na atenção básica nos municípios da microrregião de Ituiutaba (MG): a percepção de gestores e profissionais

#### **Interessados:**

Sílvia Helena Campos Andraus – mestrande  
Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck – orientador  
Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral – co-orientador  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Raquel Conceição Ferreira - colaboradora

#### **Histórico**

Em dezembro de 2015 fui designada parecerista pela Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da UFMG, Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Isabela Almeida Pordeus. Trata-se de um projeto de Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública. O projeto tem como objetivo: “conhecer a percepção dos coordenadores municipais de saúde bucal, e dos cirurgiões dentistas, quanto à organização das ações de saúde bucal em atenção básica dos municípios da microrregião de Ituiutaba (MG)”.

#### **Avaliação**

Apesar de todos os avanços do SUS desde a sua criação até os dias atuais, existem ainda vários desafios a serem superados. Estudos avaliativos que se proponham conhecer a organização das ações em saúde bucal são importantes no estabelecimento de estratégias para reorganização da rede assistencial. As informações geradas serão úteis para o avanço do conhecimento e desenvolvimento de políticas públicas. O projeto apresenta uma metodologia adequada para o desenvolvimento dos objetivos propostos. Há viabilidade para realização do mesmo. Abaixo, encontram-se os comentários/questões realizados com o intuito de colaborar no aprimoramento da redação do projeto como um todo.

#### **Projeto**

Correções de redação e formatação foram marcadas ao longo do texto do projeto que segue em anexo. Sugere-se colocar todo o projeto nas normas da ABNT.

#### **Metodologia:**

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios envolvidos e a responsável técnica pela Gerência Regional em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, e um grupo focal com cirurgiões dentistas de cada município da microrregião de Ituiutaba. Pergunta-se:

Apenas um pesquisador fará todas as entrevistas e a condução do grupo focal? Favor detalhar esta parte da Metodologia.

Será feito um estudo piloto para calibração do pesquisador e adequação do roteiro que será usado nas entrevistas e grupo focal? Favor detalhar esta parte da Metodologia.



O número total de dentistas no SUS, em 2015, nas 9 microrregiões de Ituiutaba é 60. Como serão escolhidos os 9 participantes do grupo focal? Favor, detalhar esta parte na Metodologia.

Sugiro acrescentar no TCLE os prováveis riscos a que os participantes estarão susceptíveis, e o esclarecimento sobre as questões de não pagamento para participar da pesquisa.

**Mérito e voto**

O estudo é de grande relevância para o avanço do conhecimento científico e apresenta potencial para gerar publicações em periódicos indexados em bases internacionais. Sendo assim, após a resposta às solicitações acima sou favorável à aprovação do referido projeto.

*Renata de Castro Martins*

**Renata de Castro Martins**

Profª Adjunta

Departamento de Odontologia Social e Preventiva da FO-UFMG

Belo Horizonte, 06 de fevereiro de 2016.

## Anexo C

### Parecer Colegiado de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Faculdade de Odontologia  
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia  
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha  
Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil  
Tel. (31) 3409-2470 Fax: (31) 3409-2472  
Site: [www.odonto.ufmg.br](http://www.odonto.ufmg.br) – [posgrad@odonto.ufmg.br](mailto:posgrad@odonto.ufmg.br)



Ref. Encaminha Parecer

Em 15 de fevereiro de 2016,

Prezado(a) Professor(a),

Encaminhamos em anexo, o parecer emitido pela(o) relator, sobre o projeto **Dificuldades para organização das ações de saúde bucal na atenção básica nos municípios da Micoregião de Ituiutaba (MG): a percepção de gestores e profissionais**, apresentado pelo aluno **Silvia Helena Campos Andraus** sob sua orientação.

Além do Parecer, anexamos o projeto com anotações do(a) relator(a) para as devidas adequações.

Ressaltamos a importância de observar as orientações do parecerista em relação ao projeto. Caso elas sejam acatadas, uma nova cópia do projeto deve ser entregue no colegiado, já contendo as alterações.

Além disso, uma carta deve ser redigida ao parecerista, informando quais as sugestões que foram atendidas e se alguma sugestão não for acatada, explicitar o motivo. Essa carta deve ser entregue ao CPGO.

**Parecerista:** Renata de Castro Martins

**Título do trabalho:** Dificuldades para organização das ações de saúde bucal na atenção básica nos municípios da Micoregião de Ituiutaba (MG): a percepção de gestores e profissionais

**Aluno(a):** Silvia Helena Campos Andraus

Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública

Atenciosamente,

Profa. Isabela Almeida Pordeus  
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação  
Faculdade de Odontologia

Ao Professor  
Marcos Azeredo Furquim Werneck  
FO-UFMG

## Anexo D

### Questões do PMAQ utilizadas como referência para elaboração do roteiro de entrevistas com gestores e profissionais de saúde

VI. 1 Identificação Geral		
VI. 1.1	Número do supervisor:	Número
VI. 1.2	Número do entrevistador:	Número
VI. 2 Informações sobre o entrevistado-Cirurgião Dentista		
VI. 2.1	CPF do entrevistado	CPF
VI. 2.1/1	Qual profissional entrevistado?	Dentista
		Técnico de saúde bucal
		Auxiliar de saúde bucal
VI. 2.2	A equipe possui o termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe?	Sim
		Não
VI. 2.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.2.3	A equipe possui ata de reunião assinada pela gestão municipal e pela própria equipe?	Sim
		Não
VI. 2.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI. 2.4	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?	0 ano
		1 ano
		2 anos

		3 anos
		4 anos
		5 anos
		6 anos
		7 anos
		8 anos
		9 anos
		10 anos
		11 anos ou mais

**VI. 3 Formação e qualificação dos profissionais da equipe de SB**

VI. 3.1	O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar?	Sim
		Não
VI. 3.2	Possui quais destes processos de formação? Poderá marcar mais de uma opção	
VI. 3.2/1 ET	Especialização em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/2 ET	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/3	Possui outra especialização?	Sim
		Não
VI. 3.2/4 ET	Residência em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/5 ET	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/6	Possui outra residência?	Sim
		Não
VI. 3.2/7 ET	Mestrado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/8 ET	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/9	Possui outro mestrado?	Sim
		Não
VI. 3.2/10 ET	Doutorado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/11 ET	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
VI. 3.2/12	Possui outro doutorado?	Sim
		Não

**VI. 4 - Vínculo**

VI. 4.1		
VI.4.1	Qual é seu agente contratante?	Administração direta
		Consórcio intermunicipal de direito público
		Consórcio intermunicipal de direito privado
		Fundação pública de direito público
		Fundação pública de direito privado
		Organização social (OS)
		Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
		Entidade filantrópica
		Organização não governamental (ONG)
		Empresa
		Cooperativa
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
VI.4.2 ET	Qual é seu tipo de vínculo?	Servidor público estatutário
		Cargo comissionado
		Contrato temporário pela administração público regido por legislação especial(municipal/estadual/federal)
		Contrato temporário por prestação de serviço
		Empregado público CLT
		Contrato CLT
		Autônomo
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
VI. 4.3	Qual a forma de ingresso?	Concurso público
		Seleção pública
		Indicação
		Outra forma
VI. 5 Plano de carreira		
VI. 5.1 ES	O(a) senhor(a) tem plano de carreira? Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU,	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
VI. 5.2 G	No plano, tem progressão por antiguidade?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
VI. 5.3 ET	NO plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
VI. 5.4 G	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

VI. 5.5 G	O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
<b>VI. 6 Educação Permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas</b>		
VI. 6.1 G	Qual(is) dessa(s) ação(ões) de educação permanente a equipe de saúde bucal participa?  Poderá ser marcada mais de uma opção.	Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão.
		Cursos presenciais
		Telessaúde
		RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
		UNASUS
		Curso de Educação à Distância
		Troca de experiência
		Tutoria/preceptorial
		A unidade básica participa como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros.
		Outros
VI. 6.2	Quais profissionais da equipe de saúde bucal estão envolvidas nas ações de educação permanente?	Não participa de nenhuma ação de educação permanente
		Apenas para o cirurgião dentista
		Apenas para o auxiliar ou técnica em saúde bucal
VI. 6.3 ET	A equipe utiliza o Telessaúde para:	Para a equipe de saúde bucal completa
		Segunda opinião formativa
		Telediagnóstico
		Teleconsultoria
VI. 6.4	De que forma é realizada a teleconsultoria?	Tele-educação
		Assíncrona (via plataforma com retorno em 72h)
VI. 6.5	Por qual motivo a equipe não utiliza o telessaúde?	Síncrona (skype em tempo real)
		Dificuldade de acesso/conectividade
		Não há possibilidade de acesso no horário de trabalho
		Ninguém atende quando tento telefonar
		Não obteve retorno
		A equipe não tem necessidade de acessar
		Não existe no município o programa
Não se aplica		
VI. 6.6 G	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	Sim
		Não
VI. 6.7 ET	A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de	1 vez por semana
		2 vezes por semana

	ensino, pesquisa e/ou extensão com qual frequência? Poderá marcar somente uma opção de resposta.		3 vezes por semana
			4 vezes por semana
			5 vezes por semana
			Não recebe
VI. 6.8	As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade? Poderá marcar somente uma opção de resposta.		Muito articuladas
			Razoavelmente articuladas
			Pouco articuladas
<b>VI. 7 - Planejamento da Equipe de Saúde Bucal e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe</b>			
VI. 7.1 ET	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?		Sim. Somente com a equipe de saúde bucal
			Sim. Juntamente com a equipe de atenção básica
			Não
VI. 7.1/2 ET	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 7.1/3	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?		Semanal
			Bimestral
			Trimestral
			Semestral
			Anual
			A equipe não realiza planejamento
VI.7.1/3.1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 7.2 ET	A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?		Sim
			Não
VI. 7.3	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?		Sim
			Não
VI. 7.4 G	A gestão disponibiliza para a Equipe de Saúde Bucal informações que auxiliem na análise de situação de saúde?		Sim
			Não
VI. 7.5 ES	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?		Sim
			Não
VI. 7.5/2	Qual o instrumento/fonte utilizada?		AMAQ
			AMQ
			Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
			Instrumento desenvolvido pelo Estado
			Outro(s)
VI.7.5.2.1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

VI. 7.6	Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal?	Sim
		Não
VI. 7.7	A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da Equipe de Saúde Bucal?	Sim
		Não
VI. 7.8 G	A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?	Sim
		Não
<b>VI. 8- Apoio institucional da gestão municipal para as Equipes de Saúde Bucal</b>		
VI. 8.1	Sua Equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde? Se NÃO, passar para o bloco VI. 9	Sim
		Sim, desde a adesão ao PMAQ.
		Não
VI. 8.2	Quais as atividades que o apoiador institucional realiza?	Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal e também do próprio apoio institucional
		Apoio à autoavaliação
		Apoio para monitoramento e avaliação de informação e indicadores de saúde bucal
		Apoio ao planejamento e organização da equipe
		Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados
		Oficina com objetivo específico definido
		Educação permanente
		Participa das reuniões com a equipe
		Outro(s)
VI. 8.3 G	Como a Equipe de saúde bucal avalia o contato que o apoiador mantém com a equipe?	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
VI. 8.4	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação?	Sim
		Não
		Não sabe/não recebeu
<b>VI. 9 - Reunião da equipe</b>		
VI. 9.1	A Equipe de Saúde bucal participa das reuniões da equipe de atenção básica?	Sempre
		Às vezes
		Nunca
VI. 9.2	A Equipe de Saúde Bucal planeja/programa suas atividades considerando Poderá marcar mais de uma opção de resposta.	
VI. 9.2/1	A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal.	Sim
		Não

VI. 9.2/2	As metas para a atenção básica pactuada pelo município	Sim
		Não
VI. 9.2/3	As informações do sistema de informação da atenção básica	Sim
		Não
VI. 9.2/4	As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)	Sim
		Não
VI. 9.2/5	As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)	Sim
		Não
VI. 9.2/6	As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)	Sim
		Não
VI. 9.2/7	Os desafios apontados a partir da autoavaliação	Sim
		Não
<b>VI.10 - Apoio matricial à Equipe de Saúde Bucal</b>		
VI. 10.1 ET	A Equipe de Saúde Bucal recebe apoio de outros núcleos profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim, do CEO.
		Sim, do NASF.
		Sim, do CAPS.
		Sim, outros centros/policlinicas de especialidades (não CEO)
		Sim, outros.
		Não
VI. 10.2	Indique em qual(is) especialidade(s) a equipe de Saúde Bucal recebe apoio de profissionais que atuam no município realizando atividades para auxiliar ou a apoiar na resolução de casos mais complexos? Poderá ser marcada mais de uma opção de resposta.	Cirurgia Oral
		Endodontia
		Pacientes com necessidades especiais
		Periodontia
		Estomatologia
		Radiologia
		Ortodontia/ortopedia
		Implantodontia
		Odontopediatria
		Outra(s)
Não recebeu		
VI. 10.3	Com qual frequência a Equipe de Saúde Bucal recebe o apoio?	Semanal
		Quinzenal
		Mensal
		Trimestral
		Semestral
		Sem periodicidade definida
<b>VI. 11 - Territorialização e população de referência da Equipe de Saúde Bucal</b>		
VI. 11.1 ET	A Equipe de Saúde Bucal atua em quantas Equipes de Saúde da Família?	(—Quantidade)
VI. 11.2	Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua Equipe de saúde bucal são atendidas por esta equipe?	Todos os dias da semana
		Alguns dias da semana
		Nenhum dia da semana

<b>VI. 12 - Organização dos prontuários na unidade de saúde</b>			
VI. 12.1 ES	A ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família?		Sim
			Não
VI.12.1/1 ES	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 12.2 ES	Os prontuários estão organizados por núcleos familiares?		Sim
			Não
VI. 12.3	Os prontuários estão organizados de acordo com alguma das seguintes formas:		Individualmente pela ordem alfabética do nome
			Individualmente pelo número do prontuário do usuário
			Individualmente pela data de nascimento
			Individualmente por microárea
			Individualmente por rua
			Individualmente por bairro
			Individualmente por cores
VI. 12.4 ES	Existe um modelo padrão para preenchimento da ficha clínica odontológica?		Sim
			Não
VI. 12.5	Observar em uma ficha odontológica os seguintes itens:		
VI. 12.5/1	Letra legível		Sim
			Não
VI. 12.5/2	Identificação do usuário (nome, sexo, idade)		Sim
			Não
VI. 12.5/3	Odontograma		Sim
			Não
VI. 12.5/4	Evolução		Sim
			Não
VI. 12.6/0	Qual o sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?		SIAB
			e-Sus/SIAB
			Sistema de informação próprio
			Não sabe / não respondeu
VI. 12.6 ET	Existe prontuário eletrônico implantado na Equipe?		Sim
			Não
VI. 12.6/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 12.7	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?		Sim
			Não
VI. 12.8	Qual o tipo de prontuário?		Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
			Prontuário Eletrônico Próprio
VI. 12.9	A equipe teve capacitação para utilização do sistema e-SUS AB (PEC)?		Sim
			Não
VI. 12.10	A equipe utiliza as fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)?		Sim
			Não

VI.12.10/1	Existe documentação que comprove?	Sim
		Não
VI. 12.11	A equipe teve capacitação para utilização do sistema e-SUS AB DA Coleta de dados simplificada	Sim
		Não
VI.12.11/1	A equipe é responsável pela transmissão dos dados do e-SUS AB?	Sim
		Não
VI. 12.12	A equipe gerou a senha de acesso para a transmissão dos dados do e-SUS (Sistema do controle de uso do e-SUS AB)?	Sim
		Não
<b>VI.13 - Organização da agenda</b>		
VI.13.1 G	A agenda de atendimento clínico da equipe garante: Só poderá marcar uma opção de resposta.	Apenas consultas odontológicas agendadas
		Apenas consultas odontológicas de demanda espontânea
		Consultas odontológicas de demanda espontânea e agenda
VI. 13.2	Quantos pacientes, em média, são atendidos no consultório, por turno?	— ( ) Quantidade por turno
VI. 13.3	Do total de pacientes atendidos, por semana, quantos são agendados?	Todos
		Maior parte, os demais são de demanda espontânea.
		Metade, os demais são de demanda espontânea.
		Nenhum. Todos são de demanda espontânea
VI. 13.4	A agenda da Equipe de Saúde Bucal é compartilhada com os profissionais da Equipe de Saúde da Família?	Sim
		Não
VI. 13.5	A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?	Sim
		Não
VI. 13.6	Como são agendadas as consultas odontológicas na Unidade de Saúde?	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário.
		Em qualquer dia da semana, em horários específicos.
		Dias específicos fixos em até três dias na semana
		Dias específicos fixos em mais de três dias na semana
VI.13.7 G	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?	Sim
		Não
<b>VI. 14 - Equipe de Saúde Bucal da atenção básica como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde</b>		

VI. 14.1 ET	A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?	Sim
		Não
VI. 14.2 ET	Quando um usuário é atendido na Unidade de Saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: Só poderá ser marcada uma opção de resposta.	O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada
		A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente
		A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação ou secretaria municipal de saúde
		O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se ao serviço especializado.
		O paciente recebe uma ficha de encaminhamento, mas não tem um serviço ou um profissional determinado.
		Outro(s)
		Não há um percurso definido
VI. 14.3	Dentre as especialidades odontológicas listadas, qual (is) o município oferta na Rede de Atenção à Saúde?	Cirurgia Oral
		Endodontia
		Pacientes com necessidades especiais
		Periodontia
		Estomatologia
		Radiologia
		Ortodontia/ortopedia
		Implantodontia
		Odontopediatria
		Outra(s)
VI. 14.4 ET	A Equipe de Saúde Bucal mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção?	Sim, de todos os usuários.
		Sim, de alguns usuários.
		Não
VI. 14.4/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI. 14.5	Existem protocolos definidos que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica para quais das seguintes especialidades?	
VI. 14.5/1	Cirurgia Oral	Sim
		Não
VI. 14.5/2	Endodontia	Sim
		Não
VI. 14.5/3	Pacientes com necessidades especiais	Sim
		Não
VI. 14.5/4	Periodontia	Sim
		Não
VI. 14.5/5	Estomatologia	Sim
		Não
VI. 14.5/6	Radiologia	Sim
		Não

VI. 14.5/7	Ortodontia/ortopedia	Sim
		Não
VI. 14.5/8	Implantodontia	Sim
		Não
VI. 14.5/9	Odontopediatria	Sim
		Não
VI. 14.5/10	Outra(s)	Sim
		Não
<b>VI. 15 - Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos</b>		
VI. 15.1	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?	Sim
		Não
VI. 15.2	Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	Sempre
		Sim, algumas vezes
		Nunca
VI. 15.3	Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado?	Sim
		Não
VI. 15.4	Qual é o fluxo institucional de comunicação?	
VI. 15.4/1	Comunicação eletrônica	Sim
		Não
VI. 15.4/2	Reuniões técnicas com os especialistas da rede	Sim
		Não
VI. 15.4/3	Teleconferência	Sim
		Não
VI. 15.4/4	Telessaúde	Sim
		Não
VI. 15.4/5	Prontuário eletrônico	Sim
		Não
VI. 15.4/6	Ficha de referência/contra referência com história detalhada e sugestões de conduta	Sim
		Não
VI. 15.4/7	Outro(s)	Sim
		Não
<b>VI. 16 - Oferta e resolubilidade das ações da Equipe de Saúde Bucal</b>		
VI. 16.1 G	O cirurgião dentista realiza coleta de material de biópsia?	Sim
		Não, porque não há material / instrumental disponível.
		Não, porque não há laboratório para encaminhamento.
		Não, porque não se sente capacitado.
		Não, porque os casos são encaminhados para outro centro de referência.
		Não, outros.

VI. 16.2	Qual é o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame?	É realizada no mesmo momento (na mesma consulta)
		Um dia
		Até uma semana
		Até 15 dias
		Entre 15 e 30 dias
		Entre 30 e 60 dias
		Mais de 60 dias
VI. 16.3	Como é realizado o encaminhamento da peça para o laboratório?	O laboratório realizada a coleta do material na UBS
		O próprio cirurgião dentista realiza o transporte da peça até o laboratório
		A gestão municipal garante transporte desse material
		Outros
VI. 16.4	Qual é o prazo para recebimento do laudo do patologista, contando a partir da coleta do material para Biópsia?	Até 15 dias
		Entre 15 e 30 dias
		Entre 30 e 60 dias
		Mais de 60 dias
VI. 16.5 ET	A Equipe de Saúde Bucal realiza os seguintes procedimentos na Unidade de Saúde?  Poderá marcar mais de uma opção de resposta.	Drenagem de abscesso
		Sutura de ferimentos por trauma
		Remoção de dentes impactados
		Frenectomia
		Remoção de cistos
		Acesso à polpa dentária
		Aplicação tópica de flúor
		Exodontia de dente decíduo
		Exodontia de dente permanente
		Restauração de amálgama
		Restauração de resina composta
		Restauração em dente decíduo
		Pulpotomia
		Raspagem, alisamento e polimento supragengivais.
		Tratamento de alveolite
Ulotomia/ Ulectomia		
VI. 16.6	A Equipe de Saúde Bucal realiza tratamento concluído (TC)?	Para todos os usuários atendidos
		Para alguns usuários atendidos
		Nunca realiza TC
<b>VI. 17 - Atenção ao câncer de boca</b>		
VI.17.1 G	A Equipe de Saúde Bucal possui registro dos casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?	Sim
		Não
		Desconhece se tem algum caso no território
VI.17.1/1 G	Existe documento que comprove?	Sim

			Não
VI. 17.2	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos- confirmados de câncer de boca?		Sim
			Não
			Desconhece se tem alguma referência
VI. 17.3	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca?		Sim
			Não
VI.17.3/1	Se sim, com que frequência?		Uma vez ao ano
			Duas vezes ao ano
			Três vezes ao ano
			Todo mês
<b>VI. 18 - Atenção ao pré-natal</b>			
VI.18.1 G	A Equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?		Sim
			Não
VI.18.1/1 G	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
<b>VI. 19 - Atenção à criança de até os 5 (cinco) anos de idade</b>			
VI. 19.1 G	A Equipe de Saúde Bucal realiza atendimento em crianças de até 05 anos de idade?		Sim
			Não
VI.19.1/1 G	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
<b>VI. 20 - Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio</b>			
VI. 20.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?		Sim
			Não
VI.20.2 ET	A Equipe de Saúde Bucal utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar?		Sim
			Não
VI. 20.2/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
VI. 20.3	No cuidado domiciliar, os profissionais da Equipe de Saúde Bucal realizam:		Apenas orientações de higiene bucal
			Consultas (usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamado)
			Realização de procedimentos clínicos
			Outro(s)
<b>VI. 21 - Saúde bucal: acesso à prótese dentária</b>			
VI. 21.1 ES	A Equipe de Saúde Bucal promove ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária? Poderá marcar mais de uma opção de resposta		Sim
			Não
VI. 21.2	A Equipe de Saúde Bucal realiza as seguintes etapas de confecção de próteses dentárias na Unidade de Saúde: Poderá		Moldagem anatômica e funcional
			Registros estéticos e interoclusais
			Prova dos dentes

	marcar mais de uma opção de resposta	Instalação da prótese dentária
		Consulta de retorno para avaliar a instalação da prótese
		Não realiza nenhuma etapa para confecção de próteses dentárias
VI. 21.3	Qual (is) tipo(s) de prótese é(são) ofertado(s) na atenção básica: Poderá marcar mais de uma opção de resposta	Prótese total
		Prótese parcial removível
		Prótese fixa
		Prótese temporária
		Não oferta nenhum tipo de prótese
<b>VI. 22 - Programa Saúde na Escola</b>		
VI. 22.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche?	Sim
		Não
VI.22.2 G	A Equipe de Saúde Bucal possui registro das atividades realizadas na escola/creche?	Sim
		Não
VI.22.2/1 G	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
VI.22.3 G	A Equipe de Saúde Bucal possui levantamento do número de escolares identificados com necessidades de saúde bucal e que precisam de atendimento clínico?	Sim
		Não
VI.22.3/1 G	Existe documento que comprove?	Sim
		Não

## Anexo E

### Carta de Aceite da Revista RGO



RGO - Revista Gaúcha de Odontologia  
ISSN 0103-6971  
E-ISSN 1981-8637  
Qualis (CAPES) B3

Indexada nas bases de dados *Index to Dental Literature; BBO; Lilacs; Latindex; Portal de Periódicos Nacionais da CAPES; PubMed; Uinshc's Periodicals Directory, DOAJ, EmCare, Chemical Abstracts, EBSCO Publishing; SciELO Brasil*

Campinas, 29 de maio de 2017.

Prezados autores,

Vimos por meio desta cumprimentá-los e, na oportunidade informar a V.S.as que o artigo intitulado "Serviços de Saúde Bucal na Atenção Básica em uma Microrregião de Saúde em Minas Gerais: aspectos dificultadores", autoria de Sílvia Helena Campos ANDRAUS, Raquel Conceição FERREIRA, João Henrique Lara do AMARAL e Marcos Azeredo Furquim WERNECK, protocolo n. 3354, foi APROVADO para publicação na revista RGO - Revista Gaúcha de Odontologia.

Oportunamente, comunicaremos em qual volume será publicado.

Valho-me do ensejo para agradecer sua valiosa colaboração, esperando contar com futuras contribuições.

Atenciosamente

p/ 

Ney Soares de Araújo  
Editor  
RGO - Revista Gaúcha de Odontologia

## Anexo F

### Normas para submissão de artigos na revista RGO

#### Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de declaração de responsabilidade, declaração de concordância com a cessão de direitos autorais e carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática e as principais contribuições do estudo para a área.

Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores deverão providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

**Autoria:** o número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

#### Apresentação do manuscrito

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo.

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de *Digital Object Identifier* (DOI), este deve ser informado.

**Versão reformulada:** a versão reformulada deverá ser encaminhada por e-mail, indicando o número do protocolo e o número da versão. **Os autores deverão enviar apenas a última versão do trabalho.** O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, os autores deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados.

A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará no cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

#### Disposição dos elementos constituintes do texto

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

**Especialidade ou área da pesquisa:** uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

**Título:** Título: a) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, **evitando excesso das palavras, como "avaliação do...", "considerações a cerca de...", "estudo exploratório"**; b) short title com até 50 caracteres em português (ou espanhol) e inglês.

**Nome dos autores:** a) nome de todos os autores por extenso, indicando o Departamento e/ou Instituição a que pertencem (incluindo indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores); b) será aceita uma única afiliação por autor. Os autores deverão, portanto, escolher dentre suas afiliações aquela que julgarem a mais importante; c) todos os dados da afiliação devem ser apresentadas por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone e e-mail. **Observação:** esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores. **Observação:** esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

**Resumo:** a) todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, **com um mínimo de 150 palavras e máximo 250 palavras.** Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês; b) para os artigos **originais, os resumos devem ser estruturados** destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações; c) não deve conter citações e abreviaturas.

**Termos de indexação:** correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme.

**Introdução:** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

**Métodos:** os métodos devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico. Em relação à **análise estatística**, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ) devem ser mencionados. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula. Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação. Ao relatar **experimentos com animais**, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

**Resultados:** devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

**Tabelas, quadros, figuras e gráficos** devem ser limitados a seis no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de

menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas. **Os gráficos devem ser enviados sempre acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem e em formato Excel.**

Os autores se responsabilizam pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); **não é permitido o formato paisagem.** Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 dpi. Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou reconhecível nas imagens.

**Discussão:** deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

**Conclusão:** parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionado os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar o que foi alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento. **Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.**

**Agradecimentos:** podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

**Anexos:** deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

**Abreviaturas e siglas:** deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. **Não devem ser usadas no título e no resumo.**

**Referências:** devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no *estilo Vancouver*

Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus* (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

**Não serão aceitas** citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, **dissertações, teses** e de **textos não publicados** (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

**Citações bibliográficas no texto:** utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocadas em **ordem numérica**, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

**A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor.** Todos os autores

cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

### Exemplos

**Artigo com mais de seis autores**  
Tetsumura A, Nakamura S, Yoshino N, Watanabe H, Kuribayashi A, Nagumo K, et al. USPIO-enhanced MRI of highly invasive and highly metastasizing transplanted human squamous cell carcinoma: an experimental study. *Dentomaxillofac Radiol.* 2012;41(1):55-63.

**Artigo com um autor**  
Scott RA. Capital allowances for dentists. *Br Dent J.* 2012;212(5):254. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.218.

**Artigo em suporte eletrônico**  
Gimenes ACR, Pontes ERJC. Prevalência de cárie dentária e condições periodontais de escolares. *RGO - Rev Gaúcha Odontol [periódico na Internet].* 2011 Dez [acesso 2012 jan 15]; 59(4):577-82. Disponível em: .

**Livro**  
Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. *Patologia bucomaxilofacial contemporânea.* 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2012.

**Capítulos de livros**  
Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bönecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bönecker MJS, Pinto ACG (Org.). *Estética em odontopediatria: considerações clínicas.* São Paulo: Editora Santos; 2011. p. 29-34.

**Texto em formato eletrônico**  
World Health Organization. *Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries.* Geneva, 2007. [cited 2007 Dec 21]. Available from: .

**Documentos legais**  
Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 novembro de 2001. Novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF);* 2001 nov 9; Seção 1:44.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) .