

GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REGIÃO DA ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL CATARINENSE

MANAGEMENT OF THE ORAL HEALTH WORK PROCESS IN THE CONTEXT OF PRIMARY CARE IN THE REGION OF THE ASSOCIATION OF MUNICIPALITIES OF THE EXTREME SOUTH OF SANTA CATARINA

Willian Burato Bressan¹

Andrigo Rodrigues²

Mágada Tessmann³

Fernanda Guglielmi Faustini Sonogo⁴

RESUMO

Introdução: Ampliar o engajamento dos gestores e dos profissionais no processo de compreensão da dinâmica do trabalho e da formação na perspectiva de construir mudanças significativas das realidades locais, é uma das possibilidades para que haja substituição das práticas tradicionais. **Objetivo:** Avaliar a gestão do processo do trabalho em saúde bucal no âmbito da atenção primária em saúde das Equipes de Saúde Bucal, na Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, de campo, censitário, realizado entre os meses de março a abril de 2020, em quinze municípios pertencentes à região da AMESC. **Resultados:** Dos gestores da região estudada, 60% deles se autodeclararam do gênero feminino. Para 90%, o vínculo empregatício é estatutário e a maioria desempenha carga horária de 40 horas semanais. Sendo que 50% têm experiência há mais de quatro anos no município. Sobre planejamento e organização do processo de trabalho, percebeu-se que 80% dos gestores ofertam apoio à equipe de saúde bucal. **Conclusão:** A gestão do processo de trabalho em saúde bucal, no âmbito da atenção primária na AMESC, demonstrou ter uma grande capacidade organizacional. É importante a regulamentação do cargo de Gestor em Saúde Bucal, além da valorização e implementação do mesmo em todos os municípios, pois assim, se conseguirá desenvolver políticas públicas eficientes para a área de Saúde Bucal.

Palavras-chave: Trabalho. Atenção Primária à Saúde. Saúde Bucal.

¹ Graduando no Curso de Graduação em Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: willian_bressan@hotmail.com

² Mestre em Ciências e Engenharia de Materiais – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Docente do curso de Odontologia – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), SC, Brasil – andrigo@unes.net

³ Doutora em Ciências da Saúde – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Mestre em Educação – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Docente do curso de Odontologia – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), SC, Brasil – magada@unes.net

⁴ Mestre em Odontopediatria pelo C.P.O/São Leopoldo Mandic. Docente do Curso de Odontologia - Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: fgfsonego@unes.net

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Ainda, as APS, são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por uma equipe multiprofissional e dirigida à população de um território definido, sobre às quais assumem responsabilidade sanitária¹.

A produção do cuidado, traz consigo, a proposta de humanização do processo de desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Implica responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, além de construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal, que, não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que nesse processo haja a produção de conhecimento, responsabilização e autonomia aos usuários².

São citados na literatura, fatores como entraves para a construção de um novo modelo assistencial, voltado a um novo processo de trabalho. Para Baldani et al. (2005)³, o fato de a Odontologia não estar presente desde o início da Estratégia Saúde da Família (ESF), acarretou prejuízos no processo de integração dos profissionais e pode ter determinado a existência de formas variadas no processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), umas voltadas à prevenção, outras ao curativismo. Outro fator é a formação em Odontologia ser caracterizada por fragmentação de conteúdo, com foco na especialização, alto custo e para a atuação, quase que exclusiva, no setor privado. Verifica-se constantes esforços do Ministério da Educação na implementação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais, evidenciando a preocupação com a articulação entre a

educação superior e à saúde. Assim como com a formação de profissionais mais preparados para o Sistema Único de Saúde⁴.

De acordo com o que foi exposto acima, objetivou-se avaliar a gestão do processo de trabalho em saúde bucal, no âmbito da Atenção Primária à Saúde dos municípios pertencentes à Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, de campo, censitária, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UNESC, sob parecer de número 3.768.40.

Realizado, entre os meses de março a abril de 2020, em quinze municípios pertencentes à região da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC), denominados de: Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo.

Foram critérios de inclusão: ser gestor de saúde bucal e/ou coordenador de saúde bucal dos municípios da AMESC, independente da categoria profissional, ou ser o responsável que organiza e planeja as ações de saúde bucal, encontrar-se na gestão no mínimo há seis meses e aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: o município que não possuía nenhum profissional da saúde responsável pela gestão da saúde bucal, os coordenadores ou responsáveis pelas ações em saúde bucal há menos de seis meses no cargo, não aceitar participar da pesquisa, ou aqueles em que não responderam o questionário após três envios com o intervalo de sete dias entre eles.

A coleta de dados foi realizada por meio eletrônico (via e-mail), com um questionário semiestruturado, adaptado para esse estudo, enfatizando a gestão do processo de trabalho em saúde bucal, no âmbito da atenção primária (Secretaria de Atenção à Saúde, 2013)⁵. Para disponibilizar o questionário online aos participantes, foi utilizada a ferramenta do formulário do Google Drive, programa este, que permite o armazenamento online de informações. A obtenção dos endereços eletrônicos e e-mail dos gestores, se deram por meio da coordenação Macrorregional Sul de Saúde de Santa Catarina. Após a obtenção de todos os contatos foi criado um banco de cadastro dos participantes, onde em seguida, eles receberam uma carta convite pelo e-mail. Posteriormente, também através do endereço eletrônico, foram enviadas as instruções para responderem o questionário, seguidos de um link, que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde ao final teriam que selecionar a opção que era “aceito participar”, seguindo as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A construção do banco de dados se deu de maneira automática em planilha do Excel, à medida que os gestores respondiam os questionários. Após o recebimento dos questionários, o banco de dados foi então exportado para dentro da própria plataforma de Excel, o que permitiu o cálculo das frequências absolutas e relativas dos dados coletados e assim, foi realizada a análise estatística descritiva.

RESULTADOS

O questionário semiestruturado *online* foi enviado aos contatos dos quinze municípios pertencentes à região do Extremo Sul Catarinense (AMESC), porém apenas 10 (dez) deles foram incluídos no estudo, respeitando os critérios estabelecidos. Destes 5

(cinco), que não aceitaram participar, em alguns casos não foi possível identificar o responsável pela Saúde Bucal Municipal, ou o responsável estava há menos de 6 meses no cargo, ou o profissional não se achava apto a responder os questionamentos, supondo que não era da área específica.

A Tabela 1 apresenta o perfil dos gestores da região estudada e mostra que 60% (n=6) deles se auto declaram do gênero feminino. Para 90% (n=9) o vínculo empregatício é estatutário e a maioria desempenha carga horária de 40 horas semanais. Sendo que 50% (n=5) têm experiência há mais de quatro anos no município.

Tabela 1 – Perfil profissional dos gestores da saúde bucal dos municípios da região da AMESC, 2020.

Perfil Profissional	n	%
Gênero?		
Feminino	6	60%
Masculino	4	40%
Carga horária		
10h	1	10,0%
40h	9	90,0%
Qual a sua profissão/formação		
ASB/TSB/Gestão Hospitalar	1	10,0%
Odontologia	8	80,0%
Enfermagem	1	10,0%
Ano que se formou		
1997a 2007	4	40,0%
2009	1	10,0%
2010	1	10,0%
2014	1	10,0%
2015	1	10,0%
2017	2	20,0%
Em qual instituição se formou		
UFSC	2	20,0%
ULBRA	2	20,0%
UNESC	2	20,0%
UNISUL	1	10,0%
UNIVALI	1	10,0%
UNOESC	1	10,0%
UNOPAR	1	10,0%
Possui Pós-Graduação		
Sim	6	60,0%
Não	4	40,0%
Se sim, qual a sua Especialização		
Saúde da Família	2	20,0%
Outro	8	80,0%
Há quanto tempo está no município		
6 meses	3	30,0%
Entre 2 a 4 anos	2	20,0%

Mais de 4 anos	5	50,0%
Qual tipo de vínculo empregatício		
Concursado	9	90,0%
Processo Seletivo	1	10,0%
Quais cargos ocuparam anteriormente		
Clínico Geral em Consultório Próprio e Clínicas de Florianópolis e Criciúma	1	10,0%
Cirurgião-Dentista	6	60,0%
Enfermeira ESF	1	10,0%
Mesmo cargo de Cirurgiã-Dentista, porém em outro Município da AMESC	1	10,0%
Técnico de Enfermagem/ACS	1	10,0%
Há experiências anteriores em outros municípios?		
Sim	5	50,0%
Não	5	50,0%
Total	10	100,00

Fonte: Dados do pesquisador, 2020.

A formação dos gestores é de 80% (n=8) em Odontologia, sendo que 40% (n=4) deles concluíram sua graduação entre os anos de 1997 a 2007 e 60% (n=6) possui pós-graduação concluída. Destes, apenas 33,3% (n=2) possui especialidade em Saúde da Família, os demais possuem especializações em outras áreas.

A segunda tabela foi elaborada com o intuito de verificar o conhecimento dos gestores quanto às suas atribuições, capacidade de planejamento, monitoramento, experiência no serviço público e organização do processo de trabalho em equipe.

Tabela 2 – Conhecimento dos gestores sobre o planejamento, ações e organização dos municípios da região da AMESC, 2020.

Planejamento da ESB e ações da gestão para organização do processo de trabalho	n	%
A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?		
Sim, apenas com ESB	6	60,0%
Sim, junto com a EAB	4	40,0%
A equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?		
Sim	8	80,0%
Não	2	20,0%
A equipe de Saúde Bucal recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?		
Sim	8	80,0%
Não	2	20,0%
A gestão disponibiliza para a equipe de Saúde Bucal informações que auxiliem na análise de situação de saúde?		
Sim	8	80,0%
Não	2	20,0%
Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?		
Sim	3	30,0%

Não	7	70,0%
Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal?		
Sim	3	30,0%
Não	7	70,0%
A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe de Saúde Bucal?		
Sim	5	50,0%
Não	5	50,0%
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	7	70,0%
Não	3	30,0%
Total	10	100,00

Fonte: Dados do pesquisador, 2020.

Analisando os questionários aplicados, verificou-se que 60% (n=6) realizam atividade de planejamento e programação de suas ações mensais apenas com a ESB e, 40% (n=4) juntamente com a EAP. Em relação ao monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde bucal 80% (n=8) deles dizem realizar.

Quando questionados se ofertam apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho, percebeu-se que 80% (n=8) dos gestores ofertam à equipe de saúde bucal, assim como também disponibilizam informações que auxiliam na análise de situação de saúde, no mesmo percentual.

Com relação ao processo de autoavaliação, realizado pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses, constatou-se que 70% (n=7) afirmam não ter realizado. Quando questionados se os resultados da autoavaliação são considerados na organização do processo de trabalho da ESB, constatou-se também que 70% (n=7) não consideram.

A maioria dos gestores relata apoiar ou já ter apoiado o processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ, 70% (n=7).

Na Tabela 3 são expostos os resultados de variáveis como: estrutura, logística, ambiência, interrupção de atendimentos por conta da falta de profissionais ou por ausência de insumos ou necessidade de manutenção de equipamentos, dentre outras variáveis referentes ao modelo de gestão adotado em cada município da AMESC.

Tabela 3 – Análise das variáveis.

Variáveis	n	%
O consultório odontológico da Equipe de Saúde Bucal está localizado na mesma Unidade de Saúde da equipe de AB?		
Sim	10	100,0%
Os consultórios odontológicos dispõem de boa ventilação ou climatização?		

Sim	10	100,0%
Os consultórios odontológicos apresentam uma boa Iluminação (natural ou artificial)		
Sim, todos	8	80,0%
Parcialmente sim	1	10,0%
Grande maioria sim	1	10,0%
Os consultórios odontológicos permitem privacidade ao usuário?		
Sim	10	100,0%
Houve interrupção dos atendimentos (por dois ou mais dias) por ausência de profissionais?		
Sim	4	40,0%
Não	6	60,0%
Houve interrupção do atendimento (por dois ou mais dias) por ausência de algum insumo ou por motivo de manutenção ou conserto de equipamentos?		
Sim	5	50,0%
Não	5	50,0%
Total	10	100,00

Fonte: Dados do pesquisador, 2020.

Constatou-se que 100% (n=10) dos municípios se encontram com o consultório odontológico localizado na mesma Unidade de Saúde da EAP, dispõem também de boa ventilação, ou climatização e permitem privacidade ao usuário durante os atendimentos/procedimentos. Com relação à iluminação, seja ela artificial ou natural, 80% (n=8) consideram que todos os consultórios do município apresentam uma boa iluminação.

Sobre interrupção dos atendimentos por ausência de profissionais, por dois ou mais dias, 60% (n=6) deles afirmam não haver e, 40% (n=4) declara não haver interrupção por ausência de algum insumo, ou por motivo de manutenção ou consertos de equipamentos.

DISCUSSÃO

O principal objetivo do estudo foi avaliar a gestão do processo de trabalho em saúde bucal, no âmbito da Atenção Primária, na região da Associação dos Municípios do

Extremo Sul Catarinense (AMESC), a partir da visão dos gestores de saúde bucal municipal.

No presente estudo, foi verificado que o gênero dos entrevistados era em 60% feminino, corroborando com o estudo realizado em Goiânia, com Coordenadores do SBBRASIL, 2010, onde 67,7% também foram do gênero feminino⁶. Esse resultado também é comprovado por Morita, Haddad e Araújo (2010)⁷ que, ao avaliarem o perfil atual do cirurgião-dentista brasileiro, constataram que os profissionais com inscrição ativa no conselho de odontologia eram compostos, em sua maioria, por indivíduos do feminino com até 40 anos de idade, fato explicado pelo ingresso progressivo das mulheres brasileiras no ensino superior, principalmente a partir dos anos 80.

Relativo às características estruturais e de ambiência dos consultórios odontológicos, constatou-se que 100% das ESB atingiram os padrões elementares (boa ventilação ou climatização; boa acústica e; privacidade no atendimento dos usuários), enquanto 80% afirmaram apresentar boa iluminação artificial ou natural. A atuação dos profissionais depende fortemente dos equipamentos e ferramentas disponíveis, segundo Bordin *et al.* (2016)⁸ de modo que carências a eles relacionadas, podem comprometer o trabalho das equipes e seus resultados.

Vasconcelos (2011)⁹ ao avaliar a qualidade da atenção básica, no estudo realizado no município de Bauru, entre 2005 a 2008, identificou que as deficiências na manutenção dos equipamentos nas unidades foram descritas pelos profissionais como um dos principais obstáculos a serem vencidos para a qualidade da atenção à saúde. Igualmente, Pedrosa *et al.* (2011)¹⁰, assinalam que a falta de equipamentos e a pouca manutenção dada aos mesmos, comprometem à assistência e a plena utilização da capacidade instalada dos serviços. Indo ao encontro com os achados nesse estudo, onde 50% afirmam haver

interrupção de atendimentos por ausência de insumos ou motivo de manutenção ou ainda, conserto de equipamentos.

Buscando melhor atender às necessidades da população, autores diversos, sinalizam sobre a importância no planejamento das ações com objetivo de direcionar a organização dos serviços em consonância com os princípios da integralidade e equidade¹¹.

Nesse aspecto, 60% das ESB afirmaram realizar atividades de planejamento e programação de suas ações mensalmente. O bom desempenho no número de equipes que executam o planejamento das intervenções ora preventivas, ora terapêuticas, possibilitam melhor contemplar o cuidado às demandas da população, resultando em um movimento para a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida das pessoas¹².

No entanto, Vasconcelos (2011)⁹ alerta para os atributos desse planejamento, tendo em vista que em pesquisa sobre a organização das ações de atenção à saúde, em um município de São Paulo, identificou não existir a dinâmica de retroalimentação das ações pelos dados epidemiológicos e assistenciais, gerados pelo próprio sistema de saúde local. Sublinha-se então, que o processo de planejamento e reformulação das ações, por muitas vezes, não leva em conta às necessidades de saúde que podem ser identificadas pelos instrumentos disponíveis.

Tal condição foi encontrada no presente estudo, que cerca de um quarto das ESB afirmaram não realizar monitoramento dos indicadores de saúde bucal. A inexistência dessa prática, para Padilha *et al.* (2005)¹³, dificulta a avaliação da evolução da situação da saúde bucal como um todo, comprometendo a identificação de aspectos relevantes na organização dos serviços de saúde.

Ainda sobre o tema, no que concerne à prática de planejamento e programação das ações, apenas 40% das equipes avaliadas as realizam junto com a equipe de atenção primária. Corroborando com a percepção obtida por Kell e Shimizu (2010)¹⁴, ao reconhecerem que de modo geral, no processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de atenção primária, cada um dos trabalhadores especializados exerce as ações isoladamente, sem planejamento conjunto. Tal circunstância presente, pode ser explicada pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das equipes, impedindo-a de realizar um trabalho interdisciplinar¹⁵.

A insuficiência dessa prática, também foi constatada por Pimentel *et al.* (2010)¹⁶, para os autores, esse cenário pode ser um reflexo das práticas da saúde bucal no setor da saúde, historicamente desenvolvida à distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à rotina do cirurgião-dentista com seu equipamento odontológico.

Outra atividade de substancial importância para robustecer o processo de trabalho das equipes de saúde, é a reunião de equipe. Nessa pesquisa constatou-se que cerca de 30% das ESB participavam raramente das reuniões com as equipes de atenção básica, número consideravelmente baixo, haja vista que as reuniões constituem espaço excepcional e privilegiado para o trabalho. Uma vez que possibilitam a discussão de problemas de saúde, o acompanhamento de usuários ou famílias, o planejamento local de saúde e a discussão do processo de trabalho¹⁶.

Para Neves, Montenegro e Bittencourt (2014)¹⁷, a regularidade na realização dessas reuniões está atrelada ao modelo de gestão instituído na unidade de saúde.

Em relação à organização do atendimento verificou-se que a grande maioria das equipes compartilham suas agendas com outros profissionais da atenção primária, garantindo espaços na agenda para oferta de ações de educação e assegurando o retorno

para continuidade do tratamento clínico. Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)¹⁸, a organização da agenda é fundamental na reordenação da atenção odontológica, pois visa substituir práticas centradas no paradigma cirúrgico-restaurador-mutilador por práticas que considerem o indivíduo como um ser integral, configurando uma evolução no atendimento.

Sobre o tema, ESB como coordenadora dos cuidados da rede de atenção à saúde, é satisfatório o resultado encontrado no que concerne à oferta de serviços especializados por parte da rede de atenção à saúde, visto que, a grande maioria dos gestores relata ofertar consultas especializadas na AMESC. Porém, é necessário analisar se realmente essa referência está sendo efetiva e resolutiva, visto que a região apresenta apenas um Centro de Especialidades Odontológicas do tipo I, que deveria atender aos 15 municípios associados.

Silva e Andrade (2014)¹⁹, destacam que a coordenação dos cuidados pela atenção básica, ocupa uma posição de destaque na agenda política de vários países que vêm buscando fortalecer sua atenção primária como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. A segmentação dos sistemas de saúde resulta em graves implicações para a população tais como: problemas de iniquidade e ineficiência na prestação do cuidado; desarticulação da rede de atenção; descontinuidade; e fragmentação do cuidado.

Para Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007)²⁰, a coordenação se mantém na presença de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que diversas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e conciliável com suas expectativas pessoais.

No rol das atividades pertinentes ao processo de trabalho das equipes de saúde na ESF, sublinha-se a visita domiciliar, atividade executada por apenas 40% das ESB

avaliadas nessa pesquisa. Essa prática, segundo Faccin *et al.* (2010)¹⁶, consiste em um útil recurso para saúde bucal como em situações nas quais a dinâmica familiar interfere significativamente no processo saúde e doença, para estabelecer ou fortalecer o vínculo, quando há problemas de adesão ao tratamento e ainda, na possibilidade de executar intervenções curativas em pacientes impossibilitados de se deslocarem até a UBS.

Para Gonçalves e Ramos (2010)²¹, a relutância em realizar as visitas domiciliares, aqui representadas, é que essas atividades, e em tudo que remeta à saída do consultório, ainda causam estranheza e desconfiança para a comunidade e para a própria ESB, historicamente habituada a exercer suas atividades apenas dentro do consultório odontológico.

A visita domiciliar (VD), segundo Cunha e Gama (2012)²², é um instrumento de atenção à saúde que possibilita conhecer a realidade do indivíduo e família, construindo relações de vínculo entre profissionais e usuários, o que favorece a dinâmica e adesão a tratamento/reabilitação, bem como atua na promoção e prevenção de doenças. A VD tem sido um importante veículo utilizado pela ESF, uma vez que, segundo a Política de Atenção Básica (2017)²³, esta deve ser feita por todos os profissionais das equipes de ESF, sejam nos abrigos e/ou outros tipos de moradias em seu território, visando a resolubilidade e atenção integral à saúde.

A VD é extremamente importante para as equipes, tendo em vista que pode possibilitar o maior conhecimento das condições de vida e saúde dos familiares que estão no território. É por meio dela que, quando realizadas sob a perspectiva do cuidado integral, humanizado e equânime, bem como na ótica da promoção da saúde, se visualiza o rompimento do modelo médico hegemônico, onde predomina a verticalização dos serviços e do cuidado. O Ministério da Saúde (2012)²⁴, em seu Caderno de Atenção

Domiciliar, diz que assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, transformando relações e significados.

Segundo Cunha e Gama (2012)²², as visitas domiciliares têm alguns objetivos, tais como: conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais; verificar a estrutura e a dinâmica familiar com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa; identificar fatores de risco individuais e familiares; prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em casos de acamados; promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilos de vida; adequar o atendimento às necessidades; intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares e estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas de autocuidado.

Como afirmam Gomes *et al.* (2015)²⁵, a visita realizada pela ESF se configura como tecnologia do cuidado em saúde, bem como instrumento de intervenção fundamental por meio de inserção e conhecimento da realidade de vida da população. Através das mesmas, os profissionais de saúde podem refletir sobre suas práticas, podem prestar um cuidado continuado, e ao mesmo tempo diferenciado, possibilitando assim, uma atenção domiciliar efetiva, que vai além do domicílio

Analisou-se, o processo de trabalho das equipes quanto às atividades do Programa Saúde na Escola, registrando-se que todas as equipes executavam atividades nas escolas. A priorização dessas ações deve ser incentivada, segundo Kubo, Paula e Mialhe (2014)²⁶, pois é nas crianças em idade pré-escolar e escolar que se observam o maior impacto de medidas educativas e preventivas. Por outro lado, apenas um pouco mais da metade das ESB realizavam levantamento epidemiológico da necessidade de atendimento clínico odontológico em ambiente escolar.

É pertinente ressaltar que as investigações epidemiológicas, nesses espaços, consistem em excelente ferramenta no cotidiano dos serviços, uma vez que possibilitam subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área de atuação²⁷. Nesse sentido, a incorporação de cuidados odontológicos em escolas resulta em uma melhor saúde bucal em crianças desatendidas, ao mesmo tempo em que supera as barreiras que tipicamente restringem o acesso²⁸.

Apesar da reconhecida importância na execução dessas práticas, Pimentel *et al.* (2010)¹⁶ e Pereira *et al.* (2012)²⁹, em seus estudos, descreveram ESB com dificuldades para o cumprimento das atividades de promoção e prevenção em ambientes escolares.

Moraes, Kligerman e Cohen (2015)³⁰ apontaram a grande demanda acumulada e a falta de planejamento como os principais obstáculos para a incorporação de atividades extraclínicas, no âmbito da saúde bucal nas unidades de saúde da família. Cunha *et al.* (2011)³¹ adicionam a desmotivação das equipes como fator impeditivo no desenvolvimento dessas ações.

Pelo exposto, a relevância da organização do processo de trabalho para qualificação das ações e práticas de saúde é parte essencial do cotidiano dos serviços de saúde. Tal proposição reforça a compreensão de que quanto os profissionais da atenção primária precisam estar atentos para discussões/reflexões das atividades, tendo como base as diretrizes da ESF, com vistas a ofertar melhores serviços de saúde para população.

Ações como planejamento, avaliação e monitoramento estão distantes do cotidiano da ESB. Para superar essa constatação é preciso mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais, assim como o conhecimento da real necessidade dos municípios brasileiros³².

Apesar de a dimensão “Planejamento e Programação” ter melhorado nos últimos anos, ainda apresentou nível de adequação intermediário. Este achado foi observado por Lessa (2010)³³, em um estudo em Fortaleza, onde ações adequadas de planejamento e programação foram raras, enquanto esse estudo demonstrou que o planejamento é uma realidade em 80% dos municípios da AMESC.

Porém, precisa-se de alguma forma entender, se é que realmente essa dimensão está sendo efetiva, visto que a Regional de Saúde da AMESC apresenta certa escassez de profissionais responsáveis por toda a gestão em saúde da região, sendo que nesse local, deveriam encontrar todo apoio técnico, orientação e suporte para resolução e discussão dos problemas enfrentados pelos municípios.

Embora a avaliação em saúde bucal ainda seja incipiente nos serviços de saúde, a correlação de metodologias, a exploração de informações digitais e a utilização de documentos de gestão, podem contribuir no melhoramento dessa prática. Justamente por essa necessidade de pesquisar documentos confiáveis é que se faz necessário um guia norteador para esses profissionais.

A realização desse estudo, vem de encontro dessa necessidade que, auxilie o gestor acerca de suas funções e deveres, frente ao cargo e aponte as ferramentas necessárias para que ele alcance o objetivo final³⁴. A função de Gestor em Saúde Bucal é pouco reconhecida, apesar de sua grande e fundamental importância, reflexo disso é verificado por meio da falta de artigos recentes sobre o tema³³.

Apesar do novo cenário em que se está vivenciando, relacionado à pandemia da propagação do vírus Covid-19, as mudanças são incipientes, também, no trabalho em saúde bucal. Nesse momento está sendo essencial se reinventar, se adequar a esse “novo normal”, onde são necessários maiores cuidados, maiores esforços, tanto na gestão do

processo de trabalho, como na atuação dos profissionais, formação e educação permanente, pois os profissionais ainda tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante do passado.

Ampliar o engajamento dos gestores e dos profissionais no processo do trabalho e da formação na perspectiva de construir mudanças significativas para as realidades locais, é uma das possibilidades para que haja substituição das práticas tradicionais para um novo modo de se fazer saúde. É preciso saber diagnosticar os problemas, ouvir mais a comunidade e melhorar o vínculo entre a equipe de saúde bucal e o restante dos profissionais, formando assim, uma rede multiprofissional³⁵.

O presente estudo apontou algumas fragilidades como por exemplo, a falta do coordenador de saúde bucal. Em alguns casos não foi possível identificar o responsável, ou quando identificado, este sugeriu não participar do estudo por não ter certa habilidade ou conhecimento. Em outro caso, quando identificado o responsável, se considerou apenas o profissional Cirurgião-Dentista clínico do município, e não o gestor, justificando ser um município pequeno e ele ser o único profissional responsável pela saúde bucal. Salienta-se aqui, a importância da regulamentação desse cargo, visto que esse desempenha um importante papel na articulação e desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde bucal.

Considera-se a região da AMESC como uma região de grandes potencialidades e que nos últimos anos tem sido muito mais discutida e planejada para seu pleno desenvolvimento. O fórum de debates liderado pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, a UNESC, em parceria com representações políticas e da comunidade, que mobilizou e integrou o projeto denominado “Fórum Amesc do Amanhã”, propiciou compilar uma série de iniciativas de expansão e fortalecimento da região. É notório que

futuramente ela estará muito mais desenvolvida socialmente e economicamente, ofertando inúmeras possibilidades à população. A saúde é uma necessidade básica e fundamental para a comunidade, assim como direito do cidadão. Espera-se que, com essa região de característica próspera e inovadora, haja muitos investimentos em educação, cuidado, e tecnologia que contribuam na melhoria da qualidade da atenção à saúde e à saúde bucal, auxiliando no planejamento de novas formas de organização, no redirecionamento das práticas profissionais e no processo de tomada de decisão, considerando as especificidades locais, regionais e necessidade da população.

CONCLUSÕES

A gestão do processo de trabalho em saúde bucal, no âmbito da Atenção Primária na AMESC, demonstrou ter uma grande capacidade organizacional, porém é necessário que se amplie e aprimore a gestão participativa e de controle social, pois reconhecendo as reais necessidades locais consegue-se evoluir o modo de fazer o trabalho em saúde. É importante frisar também, a relevância sobre a regulamentação do cargo de Gestor em Saúde Bucal, além da valorização e implementação do mesmo em todos os municípios, pois assim, se conseguirá desenvolver políticas públicas eficientes para a área de Saúde Bucal.

Abstract: Introduction: Expanding the engagement of managers and professionals in the process of understanding the dynamics of work and training in the perspective of building significant changes in local realities, is one of the possibilities for replacing traditional practices. Objective: To evaluate the management of the oral health work process in the scope of primary health care of oral health teams, in the Association of Municipalities of The Extreme South of Santa Catarina. Métodos: This is a quantitative, cross-sectional, field, census study conducted between March and April 2020, in fifteen municipalities belonging to the AMESC region. Results: Of the managers in the studied region, 60% of them declare themselves female. For 90%, the employment contract is statutory and the majority is 40 hours per week. 50% have had experience for more than four years in the municipality. About planning and organization of the work process, it was noticed that

80% of managers offer support to the oral health team. Conclusion: The management of the oral health work process, within the scope of primary care at AMESC, proved to have a great organizational and management capacity. It is important to regulate the position of Manager in Oral Health, in addition to the valorization and implementation of the same in all municipalities, because only then will it be possible to develop efficient public policies for the area of Oral Health.

Keywords: Work. Primary Health Care. Oral Health.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 22 set. 2017.
2. Okuyama HCHY, Aguilar-Da-Silva RH. Gestão do cuidado em Odontologia: limites e potencialidades das ações na Estratégia Saúde da Família. Rev Abeno 2017; 7(4):133-43.
3. Baldani MC, *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(4):1026-35.
4. Silveira JLGC, Garcia VL. Mudança curricular em odontologia: significados a partir dos sujeitos da aprendizagem. Interface 2015; 19(52):145-58.
5. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Projeto SB Brasil: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. 68p.
6. Soares FF. O processo de trabalho da pesquisa nacional de saúde bucal (sbbrasil 2010): percepção dos coordenadores. [Dissertação] Goiânia: Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás; 2014. [acesso 20 set. 2020]. Disponível em: [https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4582/5/Disserta% c3% a7% c3% a3o% 20-% 20Fab% c3% adola% 20Fernandes% 20Soares% 20-% 202014.pdf](https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4582/5/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Fab%c3%adola%20Fernandes%20Soares%20-%202014.pdf).
7. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Colet 2007; 12:455-64.
8. Bordin D *et al.* Considerações de profissionais e usuários sobre o serviço público odontológico: um aporte para o planejamento em saúde. Rev APS 2016 Abr/Jun; 19(2):221-29.
9. Vasconcelos RA. Avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru: desafios para um processo de mudança. [dissertação] Botucatu: Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2011.
10. Pedrosa ICF, Corrêa ACP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: Percepções de Enfermeiros. Ciênc Cuid Saúde 2011 Jan; 10(1):58-65.
11. Magri LV, *et al.* Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. Saúde Debate 2014 Jan/Mar; 40(108):144-55.
12. Van WC, Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community health care. The Lancet 2008 Sep; 372(9642): 871-2.

13. Padilha WWN, *et al.* Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do estado da Paraíba: estudo qualitativo. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín Integr* 2005 Jan/Abr; 1(5):65-74.
14. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Colet* 2010 Jun; 15(1):1533-41.
15. Rodrigues AAO, Bomfim LS. Saúde Bucal No Programa Saúde Da Família Em Município do Semiárido Baiano (Feira De Santana): Organização e Micropolítica. *Rev APS* 2010 Jan/Mar; 13(1):96-108.
16. Pimentel FC *et al.* A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde Debate* 2015 Jan/Mar; 39:88-101.
17. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc Saúde Colet* 2010 Ago; 15(1):1643-52.
18. Neves TCCL, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014 Out/Dez; 38(103):756-70.
19. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Projeto SB Brasil: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. 68p.
20. Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Rev Saúde Coletiva* 2014 Out; 24(4):1207-28.
21. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: OECD; 2007. 87 p.
22. Gonçalves ER, Ramos FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. *Revista Interface* 2010 Abr/Jun; 14(33): 301-14.
23. Cunha CLF, Gama MEA. A visita Domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: Malagutti W, *et al.* Assistência Domiciliar: Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio; 2012.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de atenção à saúde. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, 2017.
25. Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Volume 1. Brasília, 2012.
26. Gomes MFP, Fracolli L, Aparecida, MBC. Atenção domiciliar do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Universidade Paulista; 2015.
27. Kubo FMM, Paula JS, Mialhe FL. Teachers view about barriers in implementing oral health education for school children: a qualitative study. *Braz Dent Sci* 2014 Oct/Dec; 17(4).
28. Berti M, *et al.* Levantamento epidemiológico de cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos de idade do município de Cascavel, PR. *Cad Saúde Colet* 2013 Out; 21(4):403-6.
29. Carpino R, *et al.* Assessing the Effectiveness of a School-Based Dental Clinic on the Oral Health of Children Who Lack Access to Dental Care: A Program Evaluation. *The Journal of Sch. Nursing* 2017 Jun; 33(3):181-8.

30. Pereira CRS, *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad. Saúde Pública* 2012 Mar; 28(3):449-62.
31. Moraes LB, Kligerman DC, Cohen SC. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Coletiva* 2015 Dez; 25(1):171-86.
32. Cunha BAT, *et al.* Saúde Bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. *Saúde Soc* 2011 Out; 20(4):1033-45.
33. Soares FF, *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Cienc Saude Coletiva* 2011; 16(7):3169-80.
34. Lessa CFM, Vettore MV. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. *Saúde Soc* 2010; 19(3):547-56.
35. Pires DA, Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na Atenção Básica: precisão do instrumento de pesquisa. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(11):4525-34.
36. Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:98.