

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE

Eduarda Franco Rocha Gonçalves

**Análise do processo de trabalho da equipe odontológica na Atenção
Primária a Saúde**

UBERLÂNDIA
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE

Eduarda Franco Rocha Gonçalves

**Análise do processo de trabalho da equipe odontológica na Atenção
Primária a Saúde**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentada ao Programa de Residência em Área Profissional de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para obtenção de título de Especialista em Saúde Coletiva, realizado sob orientação da Profa. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo

UBERLÂNDIA

2018

ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

RESUMO

Estudo de caso desenvolvido em duas regiões de saúde do Triângulo Norte, Minas Gerais, jurisdicionadas pela Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia, cenário de prática da residência multiprofissional em saúde coletiva, em 2017. Participaram 78 profissionais das equipes de saúde bucal da atenção primária. Utilizou-se um questionário socioprofissional e demográfico, matrizes de verificação dos princípios da atenção primária em saúde e oficinas de trabalho. Há prevalência do sexo feminino na ordem de 88%, 43% casados, 60% possuem vínculo empregatício do tipo Regime Jurídico Único, 46% trabalham na área pública há 5 anos, não é o primeiro emprego, apesar de único no momento para 83% dos participantes. 52% dos dentistas estão na faixa etária entre 21 e 30 anos de idade, em oposição a 35% de profissionais auxiliares na faixa etária entre 41 e 50 anos; 42% dos dentistas tem até 5 anos de formado, estando 60% especialistas em diferentes áreas, sendo 10,5% na área de saúde coletiva. Verificou-se 72% de conformidade das equipes de saúde bucal para os seis princípios da APS, com destaque positivo para o primeiro contato (84%), integralidade (73%) e orientação comunitária (73%), em contraposição indica a necessidade de fortalecimento e qualificação junto aos atributos da coordenação (68%), longitudinalidade (52%) e enfoque familiar (59%). Evidencia avanços na implementação dos princípios da APS e consequente consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Em contraposição, indica necessidade de lançar-se no cuidado ao longo da vida e planejamento de ações baseados no contexto familiar e aos determinantes sociais da saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Odontologia em Saúde Pública; Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma importante conquista social dos brasileiros. Trata-se do modelo organizativo que, a partir de 1990, garante a efetivação das políticas públicas de saúde, a articulação das ações e serviços de saúde em rede, possibilitando ações de atenção, promoção e vigilância em saúde.¹

Com vistas a consolidar o SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado pelo Ministério da Saúde, em 1994, preconizando ações de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, buscando substituir o modelo assistencial tradicional de Atenção Primária em Saúde (APS). A partir de 2006, por se tratar de estratégia reorganizadora, o PSF se consolida como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal estratégia possibilita a ampliação do acesso a serviços de saúde, orientação periódica e contextualizada das famílias, diagnóstico precoce, identificação e classificação de risco social e valorização do profissional de saúde.²

A partir do surgimento de novos modelos assistenciais de saúde pública, com sua atenção voltada aos núcleos familiares, a odontologia expandiu seu caráter de promoção da saúde e prevenção de problemas, doenças e agravos, contextualizado às realidades locais. A partir do ano de 2000, o Ministério da Saúde cria incentivo para inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Equipes de Saúde da Família por meio da Portaria 1.444. Outras atribuições foram incorporadas ao processo de trabalho do cirurgião-dentista, buscando a priorização da promoção de saúde e ampliação dos locais de cuidado para o domicílio e espaços comunitários.

Em 2004, criou-se a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente", buscando ampliar o acesso ao tratamento odontológico mediante o SUS, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população.^{2,3,4} Tal ampliação pode ser verificada, em um incremento de 29.2% de equipes de saúde bucal – ESB, em 5 anos, ou seja, das 19.068 Equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas no Brasil em 2013 apenas 32.3% (6.170) possuíam ESB, já em 2017 tem-se 61.5% (25.905) ESB em um universo de 42.119 Equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas no Brasil.⁵

Ao inserir-se no contexto da saúde coletiva, é necessário que sejam revistas e reorganizadas as práticas e processos de trabalho da equipe odontológica. A organização do processo de trabalho é fundamental para que a equipe possa avançar tanto na integralidade da atenção, quanto na melhoria do bem-estar de profissionais e comunidade e do próprio trabalho. Consiste na organização do serviço e estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado.⁶

A partir das mudanças nos modelos de atenção à saúde e, em consequência na organização dos processos de trabalho, torna-se necessário o fortalecimento das esferas da atenção, gestão e educação em saúde e uma das formas de fazê-lo é por meio do Apoio Institucional (AI).

Nessa perspectiva, o AI busca transformações nos processos de trabalho e nas relações entre os sujeitos, se utilizando de conceitos, práticas e tecnologias provindas da análise institucional e gestão. Tal relação se dá entre diferentes organizações, em especial nesse estudo, entre Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Uberlândia e municípios de sua jurisdição.^{7,8}

As SRS garantem a gestão da saúde em âmbito estadual, tendo dentre suas competências o apoio na organização dos serviços de saúde e a coordenação, monitoramento e avaliação das atividades e ações de saúde em âmbito regional. Para que a intencionalidade de caráter apoiador dessa instituição se concretize, é relevante traçar o perfil da situação dos serviços de saúde, uma vez que este revela e constrói, de forma coletiva, estratégias de enfrentamentos possíveis, ajustes coletivos, pactuações, e corresponsabilização para as realidades concretas.^{8,9}

A SRS de Uberlândia é responsável pelo acompanhamento de 18 municípios, que compõem as regiões de saúde de Uberlândia/Araguari e de Patrocínio/Monte Carmelo, situadas na Região Ampliada do Triângulo Norte, sendo que as finalidades de seu Núcleo de Atenção Primária em Saúde (NAPRIS/SRS) são objeto desse estudo.

Durante o ano de 2017, foram identificadas por parte dos profissionais do núcleo supracitado, fragilidades relacionadas aos processos de trabalho das

equipes de saúde bucal passíveis de intervenção, sob a perspectiva da equipe gerencial, justificando a elaboração de uma proposta diagnóstica.

Tal proposição revelou o perfil da situação dos processos de trabalho das referidas equipes, com o apoio de duas cirurgiãs-dentistas residentes da Área de Saúde Coletiva do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS/FAMED/UFU), inseridas nos processos de trabalho da SRS, cenário de prática em gestão da atenção, por meio da parceria entre as instituições SRS e a referida Universidade.

A realização do presente estudo justifica-se, também, pela importância em relatar experiências do referido cenário da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no campo da gestão, reforçando ações de ensino-serviço-comunidade e a construção coletiva do SUS pelas vertentes dos mundos do trabalho e da educação.

Assim, o estudo traça o perfil e analisa a situação dos processos de trabalho da equipe odontológica na Atenção Primária em Saúde - APS, a fim de relacionar as lacunas a serem preenchidas e aspectos favorecedores que possibilitem apoio institucional de excelência.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo – Desenho do estudo

A abordagem metodológica é de natureza quantitativa, transversal e descritiva, desenvolvido nos meses de maio a dezembro de 2017, em Uberlândia, Minas Gerais. Utilizou-se para coleta de dados um questionário socioprofissional e demográfico, as matrizes de verificação dos princípios da atenção primária em saúde e oficinas de trabalho, conforme desenho do estudo (Figura 1).

Contexto do estudo

O estudo foi realizado em duas regiões de saúde da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, no estado de Minas Gerais, sendo elas Uberlândia/Araguari e Patrocínio/Monte Carmelo, que possuem um total de

1.086.659 habitantes¹². São regiões da jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia (SRS), local onde os pesquisadores residem e trabalham (Figura 2).

O perfil da situação da atenção primária em saúde das ESB da APS foi realizado em 17 dos 18 municípios das duas regiões em estudo. A exclusão de um município refere-se à solicitação peculiar da gestão municipal. Com vistas a preservar o sigilo de pesquisa, os municípios serão apresentados a partir de números ordinais.

Os 17 municípios participantes do estudo somam uma população total de 416.987 habitantes, apresentando uma variação de mil a 100 mil habitantes, com apenas dois desses municípios superando 50 mil habitantes, caracterizando uma região com municípios de pequeno porte, em sua maioria.

Por sua vez, a rede de atenção em saúde bucal (RASB) compõe-se de 118 profissionais, dentre Cirurgiões-dentistas (CD) e Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal (TSB e ASB), distribuídos em 52 ESB, entre modalidades saúde da família e convencional; 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e 2 Hospitais de referência, sendo um para tratamento sob sedação ou anestesia geral e tratamento de trauma da face e o outro para deformidades crânio-facial.¹² (Tabela 1)

Definição da população que participou do estudo

Participaram do estudo 66.1% (78) profissionais da ESB, sendo 32.2% (38) Cirurgiões-dentistas - CD e 33.9% (40) equipe auxiliar (Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal – TSB e ASB). A seleção de equipes e profissionais foi aleatória.

A equipe de pesquisadores compôs-se de quatro cirurgiões-dentistas, sendo dois residentes e um docente da área de saúde coletiva e um servidor público do NAPRIS/SRS, referência técnica em Saúde Bucal.

Instrumentos e processo de coleta de dados

A coleta de dados se deu por meio de três instrumentos:

- (1) *Matrizes de verificação dos princípios da Atenção Primária em Saúde* (Instrumento de avaliação proposto pelo Projeto de Reorganização da

Atenção em Saúde Bucal - PRA-Saúde Bucal -, em parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais). Os itens de verificação são frases afirmativas relacionadas aos princípios da APS avaliados e pontuados a partir de cada equipe em: 0 ponto quando da “Não existência do que está sendo perguntado”; 1 ponto, quando do “Funcionamento básico ou incipiente”; 2 pontos, quando do “Funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente”; 3 pontos, quando do “Funcionamento de forma ótima”. Ele avalia a consonância das ações da equipe odontológica com os princípios: Primeiro contato, Integralidade, Coordenação, Longitudinalidade, Enfoque familiar e Orientação Comunitária. Os resultados obtidos foram consolidados, por município, em percentual alcançado em relação a pontuação máxima estabelecida;

(2) *Questionário do perfil socioprofissional e demográfico*: aplicado pelo pesquisador junto a todos os profissionais da equipe odontológica;

(3) *Oficina de processos de trabalho* com a participação de profissionais que atuam em unidades da atenção primária e especializada da RASB, com vistas a criar espaços favoráveis para a construção de sentidos por meio do compartilhamento de argumentos e posições e resultando em produtos coletivos. Realizou-se uma oficina com profissionais da atenção especializada, conjuntamente às atividades de construção do perfil da situação da APS e teve seu produto compartilhado e validado na oficina desenvolvida junto aos profissionais da atenção primária.

Análise de dados

A análise dos dados qualitativos, advindos das matrizes de verificação (MV) dos princípios da APS e oficinas dos processos de trabalho, é inerente ao formato dos próprios instrumentos de coleta, isto é, ao mesmo tempo coleta, constrói, discute, valida e avalia os dados produzidos em tempo real, em consenso entre seus participantes (gestores e profissionais da RASB).

As MV dos princípios da APS, avalia a consonância das ações da equipe odontológica com os princípios: primeiro contato, integralidade, coordenação,

longitudinalidade, enfoque familiar e orientação comunitária. Os resultados obtidos foram consolidados, por município, em percentual alcançado em relação a pontuação máxima estabelecida.

Para incremento da análise dos resultados produzidos pela aplicação das MV dos princípios da APS utilizou-se os gráficos em radar, nos quais, quanto mais próximo à borda externa, melhor o resultado alcançado. (Figuras 3, 4, 5 e 6)

As variáveis em estudo versando sobre o perfil da ESB foram analisadas de forma descritiva.

RESULTADOS

Em síntese, nas ESB-APS há prevalência do sexo feminino na ordem de 88% (69), 43% (34) casados, 60% (47) possuem vínculo empregatício do tipo Regime Jurídico Único, 46% (36) trabalham na área pública há 5 anos ou menos, não é o primeiro emprego, apesar de único atualmente para 83% (65) dos participantes. Por sua vez, 52% (20) dos CD estão na faixa etária entre 21 e 30 anos de idade em oposição a 35% (14) de profissionais auxiliares na faixa etária entre 41 e 50 anos; 42% (16) dos dentistas tem até 5 anos de formado, sendo 60% (23) especialistas em diferentes áreas, dos quais 17% (4) na área de saúde coletiva ou similar. A remuneração mensal bruta para 84% (32) dos CD está entre 3 e 5 salários mínimos contra 2 salários mínimos para 90% (36) da equipe auxiliar. No que diz respeito aos profissionais auxiliares, salienta-se além da maior idade, a formação em nível técnico completo (30; 75%), concluída até 5 anos (16; 40%) e o maior ingresso por meio de concursos públicos (28; 70%), quando comparado ao CD. (Tabela 2).

A investigação acerca da situação de saúde dos profissionais da APS mostrou que 88% (69) relatam satisfação com a mesma, mas 49% (32) afirmam possuir algum problema de saúde e 44% (34) fazer uso regular de algum medicamento. Quanto a hábitos que podem influenciar na qualidade de vida, 37% (28) não pratica nenhuma atividade física regularmente, 51% (40) costuma se automedicar, 86% (67) não são tabagistas e suas principais atividades de

lazer são “Ficar em casa vendo TV, navegando pela Internet, etc.” (61) ou “Viajar com a família e/ou amigos” (58).

Verificou-se 72% de conformidade das equipes de saúde bucal para os seis princípios da APS, com destaque positivo para o *primeiro contato* (84%), *integralidade* (73%) e *orientação comunitária* (73%), em contraposição indica a necessidade de fortalecimento e qualificação junto aos atributos da *coordenação* (68%), *ênfase familiar* (59%) e *longitudinalidade* (52%). (Figuras 3, 4, 5 e 6).

DISCUSSÃO

Perfil socioprofissional e demográfico

O estudo corrobora o perfil socioprofissional e demográfico encontrado em estudos semelhantes em caráter regional e nacional, mostrando um perfil de profissionais predominantemente feminino, jovem, recém-formado e com grande rotatividade de profissionais, principalmente em épocas de alternância política administrativa de gestão municipal, demonstrando que é necessário um amadurecimento técnico-político-institucional, no sentido da valorização dos trabalhadores qualificados e capacitados para atuar no âmbito da saúde bucal coletiva.

Estudos de Moraes et al (2014), Morita et al (2010) e Michel-Crosato (2008) demonstram maior prevalência do sexo feminino trabalhando na Odontologia, respectivamente de 76,9%, 58% e 70,74%. Ainda nesse sentido, Queluz (2005) encontra prevalência feminina de 99,2% em profissionais da equipe auxiliar odontológica. Tais dados comprovam a feminização da saúde, ou seja, mulheres ocupando profissões historicamente masculinas, como observado por Costa et al. (2010) e Morita et al. (2010) que observa uma maior prevalência masculina apenas em faixas etárias superiores a 56 anos.^{2,14, 15,16,17}

Morita et al (2010) mostra maior número de profissionais nas faixas etárias entre 26 e 35 anos, evidenciando que 57,4% dos profissionais com inscrições ativas no Conselho têm até 40 anos, semelhante ao que demonstram Teixeira e Gontijo (no prelo), com 71,5% entre 25 e 39 anos, dado que revela um grande número de profissionais recém-formados atuando em Saúde da Família, no qual

encontram oportunidades de primeiro emprego. Já Warmling (2016), também destaca 45,6% dos profissionais auxiliares na faixa etária de 36 a 50 anos. ^{14,3,18}

A maior prevalência de profissionais formados na graduação até 5 anos difere do encontrado por Moraes et al. (2014) que percebe a maioria dos profissionais com mais de 14 anos de formados e de Teixeira e Gontijo (no prelo) com 85,8% formados há 6 a 20 anos.

Importante salientar que a formação há mais tempo se deu com currículos universitários com visão fragmentada e especializada, enquanto a partir de 2002 as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia estabelecem que os currículos devam dar ênfase a promoção da saúde, princípios e diretrizes do SUS.¹⁹

No entanto, o observado por meio das matrizes de verificação dos princípios da APS demonstra que apenas essa mudança nos currículos de formação de profissionais não é suficiente para a mudança no paradigma do cuidado.^{2,3} Tal dado vai ao encontro do observado quanto ao tempo de trabalho na área pública, tendo em vista que 58% (22) o fazem há 5 anos ou menos, como observado por Gonçalves et al. (2014) que encontrou 70% dos dentistas com o perfil similar, demonstrando que a APS é o primeiro emprego dos profissionais.²⁰

Nesse mesmo sentido da formação profissional, 60,5% (n=23) dos CD declararam ter cursado uma especialização, dos quais somente 4 (17%) a fizeram na área de “Saúde Coletiva” ou similares. Verificou-se que esses profissionais especialistas em saúde coletiva, apresentam melhores resultados nas matrizes de verificação dos princípios da APS.

Os resultados encontrados acerca do vínculo empregatício na APS contrariam os achados da literatura, uma vez que enquanto 60% (47) dos entrevistados afirmaram possuir vínculo do tipo Regime Jurídico Único, Miranzi et al. (2011) encontrou 57,7% contratados por tempo determinado e Gonçalves et al. (2014) relata 90% dos dentistas pesquisados como contratados, o que ocorre de forma semelhante (100%) à categoria profissional dos enfermeiros no mesmo estudo. Corrêa et al. (2012) mostra que 58,2% dos enfermeiros declarantes em seu estudo estão submetidos a contratos de trabalho temporário. No tocante à equipe auxiliar, Warmling (2016) encontra números maiores (98%)

para profissionais com vínculo do tipo Regime Jurídico Único em acordo com este estudo. Vale ainda ressaltar que um, dentre os 17 municípios em estudo, revela ter os contratos com os CD na modalidade “pessoa jurídica”.^{18,20,21,22}

Apesar do estudo demonstrar avanços na prevalência de contrato RJU, ainda permanece a exposição do profissional de saúde à insegurança no trabalho, agravado pela tendência de crescimento progressivo de vínculos fragilizados de trabalho no país.

Na análise da remuneração mensal bruta dos profissionais, nota-se a maior prevalência de 3 a 5 salários mínimos (84%; 32), no entanto, o que chama a atenção é que 10,5% (4) declaram receber 6 ou mais salários mínimos, demonstrando variações na remuneração de mesmo trabalho em mesma região de saúde. No tocante aos profissionais auxiliares, Warmling (2016) encontra valores mais elevados para renda dos profissionais auxiliares, variando de R\$1.086,00 a R\$4.000,00 para o TSB e de R\$724,00 a R\$3.620,00 para o ASB.¹⁸

Por sua vez, verificou-se que um dos fatores presentes, junto ao município que obteve melhores resultados dos processos de trabalho na APS, recai sobre a remuneração dos profissionais CD da ESB, na ordem de 6 ou mais salários mínimos.

Referente a situação de saúde dos profissionais em estudo corrobora com dados de Miranzi et al. (2011) que evidenciam que 95,22% dos profissionais declaram situação de saúde boa ou muito boa e 55,55% não possuir nenhum problema de saúde.²¹

Perfil da situação da atenção primária em saúde

Os instrumentos de verificação da conformidade das equipes de saúde bucal com os princípios da APS registraram média de 72%, revelando-se favorável e propício para o constante fortalecimento e qualificação desses profissionais na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A análise das principais potencialidades são encontradas nos princípios do *Primeiro Contato, Integralidade e Orientação Comunitária*. O destaque dos itens de verificação que demonstram esse êxito consiste em: (1) Cobertura satisfatória, com base populacional adequada; área de abrangência definida;

fácil acesso à unidade; cadastro e classificação de risco social das famílias do território, vínculo entre profissional, usuário e famílias; APS como porta de entrada para a RASB; e encaminhamento de pacientes com demandas por outros profissionais da equipe; (2) Realização de vigilância em saúde; atendimento de urgências/emergências odontológicas; primeira consulta odontológica programática; encaminhamento dos usuários para atenção especializada e hospitalar, quando necessário; e oferta da maioria das ações individuais do escopo da APS; (3) Realização de ações de promoção e prevenção em escolas infantis e de ensino fundamental; planejamento e monitoramento das ações da APS pelo conselho de saúde; consideração da cultura local no desenvolvimento das ações; e avaliação periódica da satisfação do usuário.

Por outro lado, a análise mostra que as principais fraquezas se encontram nos princípios da *Coordenação, Longitudinalidade e Enfoque Familiar*. Ao considerar os itens de verificação desses princípios, destacam-se as vulnerabilidades em três principais campos: (1) utilização inadequada dos sistemas de informação, protocolos e fluxogramas, instrumentos de saúde da família, monitoramento de metas, referência e contra referência; (2) infraestrutura insuficiente; e (3) ausência de educação permanente. (Tabela 3).

Para Starfield (2002), a coordenação garante o alcance dos demais princípios, potencializando a longitudinalidade, facilitando a integralidade e concretizando o primeiro contato. Além disso, disponibiliza as informações de saúde do usuário sempre que o mesmo estiver em atendimento.

Por sua vez, a longitudinalidade implica no cuidado ao longo do tempo, com fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde. Já o enfoque familiar se dá quando a avaliação das necessidades de saúde considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde.²³

Nesse sentido, verificou-se recorrência de fragilidades, nos municípios em estudo, referente aos instrumentos e processos de trabalho essenciais as boas práticas da APS, salientando-se as dificuldades na utilização dos sistemas de informação, que vão desde o desconhecimento ou problemas de infraestrutura; ausência de monitoramento de metas; inexistência ou não

utilização de fluxos e protocolos clínicos e de organização; a não utilização dos instrumentos de abordagem familiar; e o consequente isolamento da equipe ao consultório odontológico, em desvantagem as visitas domiciliares do cirurgião-dentista.

Tais apontamentos mostram dados semelhantes aos encontrados por Moraes et al. (2014), em que os profissionais declaram que a maior parte da carga horária de trabalho é destinada a atividades clínicas no consultório, em detrimento as de prevenção de agravos e promoção da saúde, planejamento das ações, visitas domiciliares.²

Além disso, conforme pontua Da Silva et al. (2017), é perceptível a necessidade da produção de fluxos e protocolos que possibilitem a articulação efetiva entre os pontos da rede de saúde bucal, otimizando a interface entre atenção primária e especializada.²⁴

Por fim, cabe ainda destacar que o município com piores resultados percentuais - Município 2 (49%) não possui a equipe de saúde bucal inserida na equipe de saúde da família, e não adota estratégias desse modelo de atenção. Indica que a especificidade da ESF se aproxima da aplicação dos principais da APS e, conseqüentemente, oferece enfrentamento mais adequado, tendo em vista experiências salutaras na esfera do cuidado na RASB.

CONCLUSÕES

Há avanços nos municípios em estudo no sentido do acesso e uso dos serviços de saúde, demonstrando ampliação da cobertura das equipes de saúde da família, garantia do recebimento do cuidado necessário na unidade ou em outros pontos da rede e adoção de estratégias para a orientação comunitária.

Em contrapartida, retrata a necessidade de fortalecer: a gestão da clínica; a educação permanente voltada às necessidades locais dos profissionais; a integração da odontologia com demais profissionais da equipe; vínculos; continuidade do cuidado; e ações de prevenção, promoção e recuperação, que levem em conta as implicações do contexto familiar e dos determinantes sociais da saúde.

Evidencia a importância de utilizar os cenários de prática da residência em área multiprofissional em saúde coletiva, em ações planejadas, construindo de forma concreta, significativa e concomitante o trabalho e o ensino-aprendizagem, com base no fortalecimento e qualificação do SUS.

ABSTRACT

This case study was developed in two Healthcare regions in Triângulo Norte, Minas Gerais, which are jurisdiction by Uberlândia Regional Health Management, where public health multi-professional residency was practiced in 2017. 78 Oral Primary Health Team professionals participated in the case study. A demographic and social-professional questionnaire was used, such as Primary Health verification matrices and workshops. 88% are women, 43% are married, 60% work in public sector pension system, 46% work in public system for 5 years and it is not their first job and 83% has just one job at the moment. 52% of dentists are 21 to 30 years old, but 35% of auxiliary dentists are 41 to 50 years old. 42% of dentists has graduated up to 5 years and 60% of them are specialists in different areas, but 10,5% are specialized in public health. It was checked 72% of conformity in Oral Patient Care Team for the Primary Health Care (PHC) six principles, in positive highlight to first contact (84%), Integrality in Health(73%) and Community guidance (73%), in contrast it shows a need of strengthening and qualification with the coordination attributes (68%), longitudinality (52%) and family (59%). It evidenced advances in PCH principles implementation and consequently Family Health Strategy consolidation. In contrast, it indicates the need of lifelong care and action planning based in family and Social Determinants of Health.

Descriptors: Primary Health Care, Family Health Strategy, Oral Family Health, Oral Health.

REFERÊNCIAS (VANCOUVER)

1. Vasconcelos CM, Pasche DF. O SUS em perspectiva. In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2017. 560 – 561.
2. de 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. Physis 2015; 25 (1):171-186.
3. Teixeira HRC, Gontijo LPT. Análise da Atenção em Saúde Bucal da Família. (No prelo)
4. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
5. Departamento de Atenção Básica [homepage na internet]. Histórico de cobertura de Saúde da Família. [Acesso em 06 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
6. Ministério da Saúde. Instrumento de Auto Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. [internet]. [Acesso em 26 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://amaq.lais.huol.ufrn.br/>
7. Falleiro LM. Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
8. Santos Filho SB. Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu) 2014; 18(Supl. 1): 1013-1025.
9. Secretaria Estadual de Saúde [homepage na internet]. Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS) [Acesso em 28 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-de-saude>
10. André MEDA. Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
11. Yin RK Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
12. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Sala de Situação Epidemiológica e Assistencial da Saúde nos Municípios Mineiros. [internet].

[Acesso em 26 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/sala-de-situacao-municipal>

13. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [homepage na internet] [Acesso em 28 de janeiro de 2018]
14. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press International; 2010.
15. Michel-Crosato E. Perfil da força de trabalho representada pelo Cirurgião-Dentista: análise epidemiológica dos profissionais que exerciam suas atividades na Prefeitura Municipal de São Paulo, 2007. São Paulo. Tese [Livro-Docência em Gestão e Planejamento em Odontologia] – Universidade de São Paulo; 2008.
16. Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(Supl. 1):1865-1873.
17. Queluz DP. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. *Revista Odonto Ciência* 2005; 20 (49): 270-280.
18. Warmling CM, Cipriani CR, Pires FS. Perfil de auxiliares e técnicos em saúde bucal que atuam no Sistema Único de Saúde. *Rev. APS.* 2016 out/dez; 19(4): 592 - 601.
19. Conselho Nacional de Educação. RESOLUÇÃO nº 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União, Brasília*, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.
20. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Moraes AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, Leite MTS. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde debate* 2014 Jan-Mar; 38 (100): 26-34.
21. Miranzi SSC, Iwamoto HH, Mendes CA, Miranzi MAS, Nunes AA, Rita A. Qualidade de vida e perfil dos dentistas da Estratégia de Saúde da Família do Triângulo Mineiro, Brasil. *Saúde Coletiva* 2011; 8 (50): 120-125.
22. Corrêa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá – Mato Grosso. *Rev. Eletr. Enf.* 2012 jan/mar;14(1):171-80.

- 23.** Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002
- 24.** Silva HEC, Gottems LBD. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(8): 2645-2657.

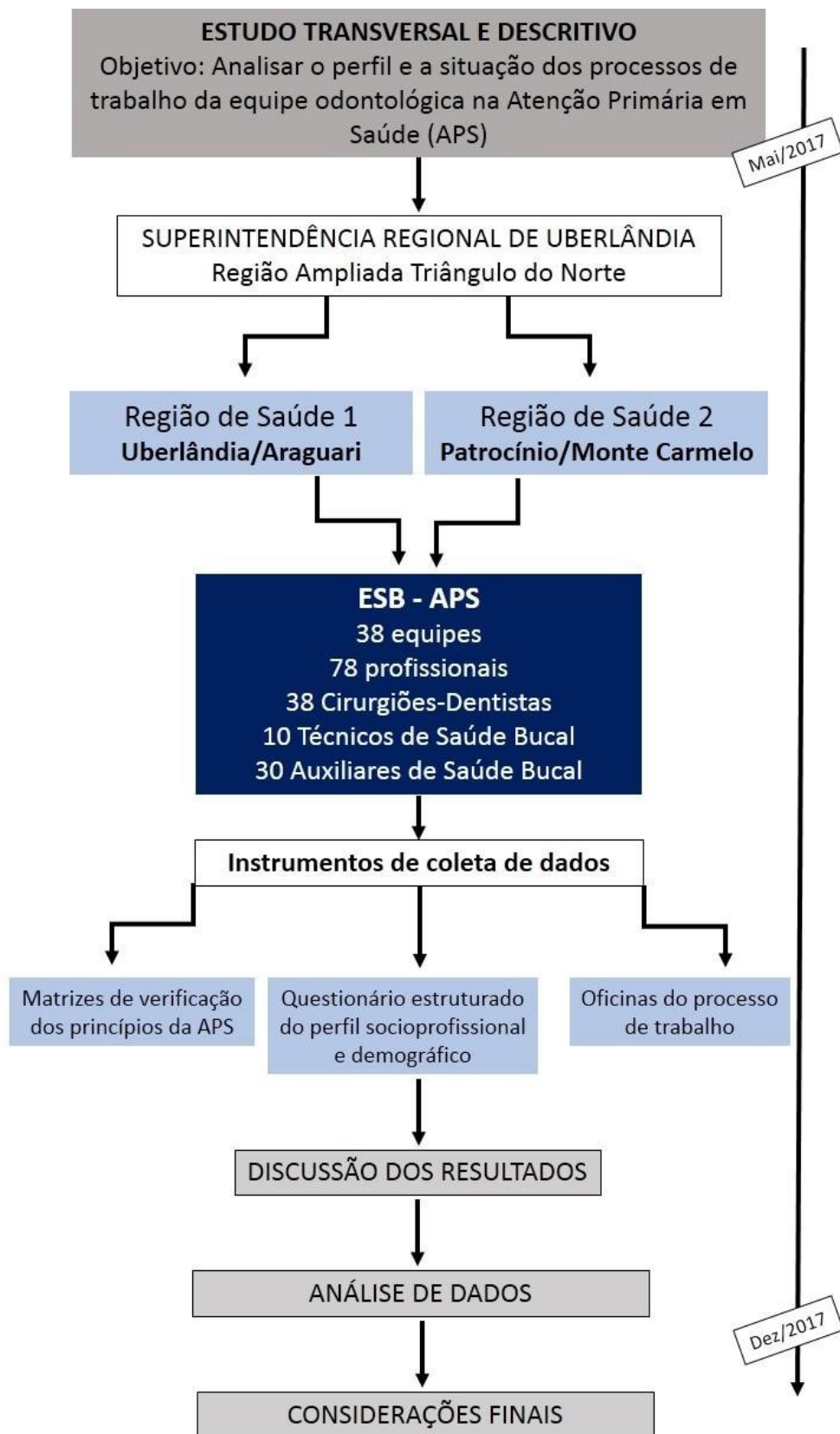


Figura 1: Desenho do estudo (Elaborado pelos autores, 2018).

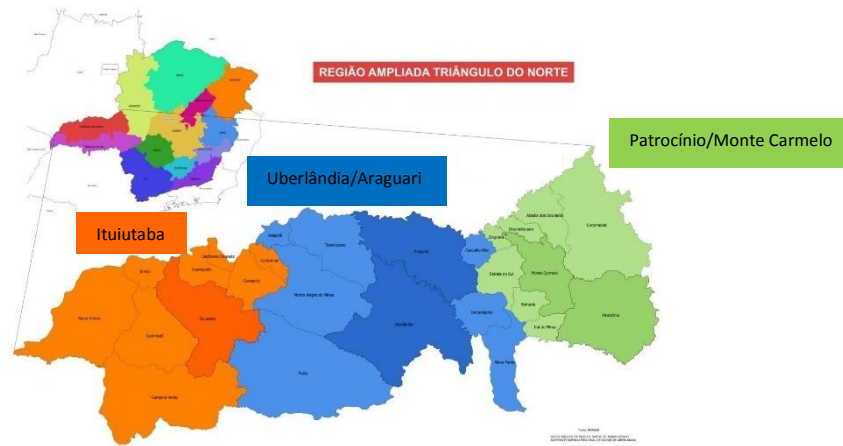


Figura 2: Mapa da Região Ampliada Triângulo do Norte de Minas Gerais. (Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, 2010)

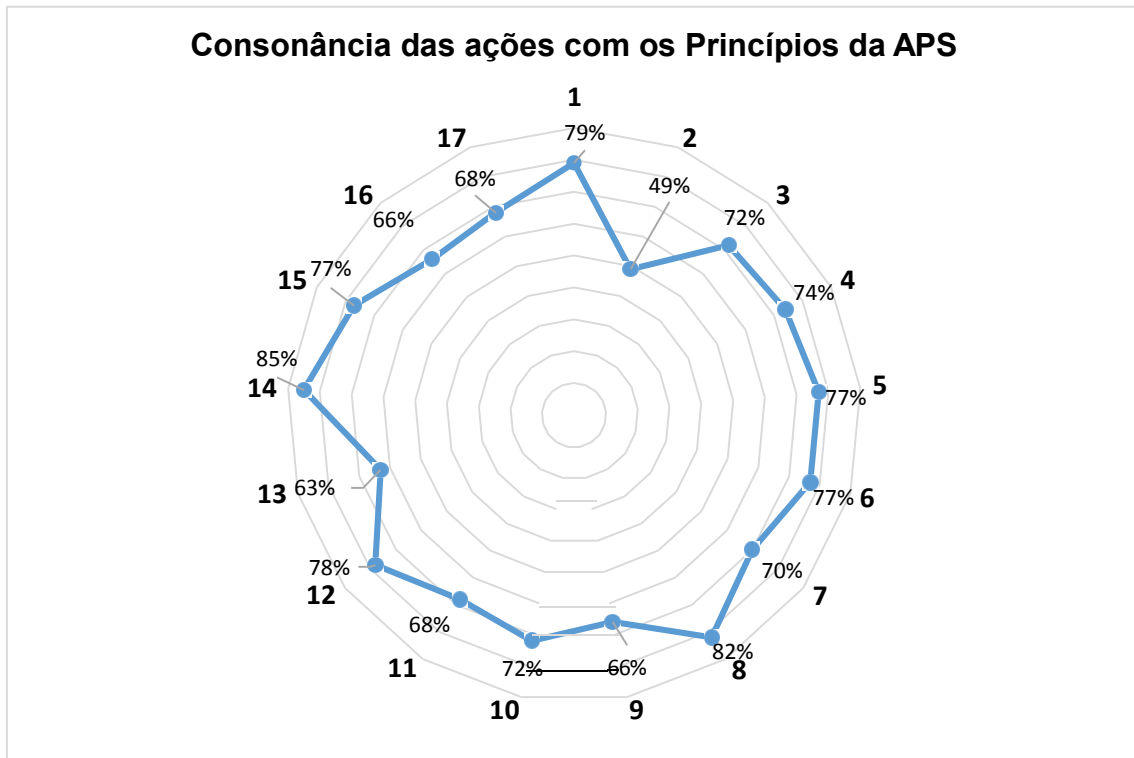


Figura 3: Consonância das ações com os princípios da APS, por município (Elaborado pelos autores, 2018).

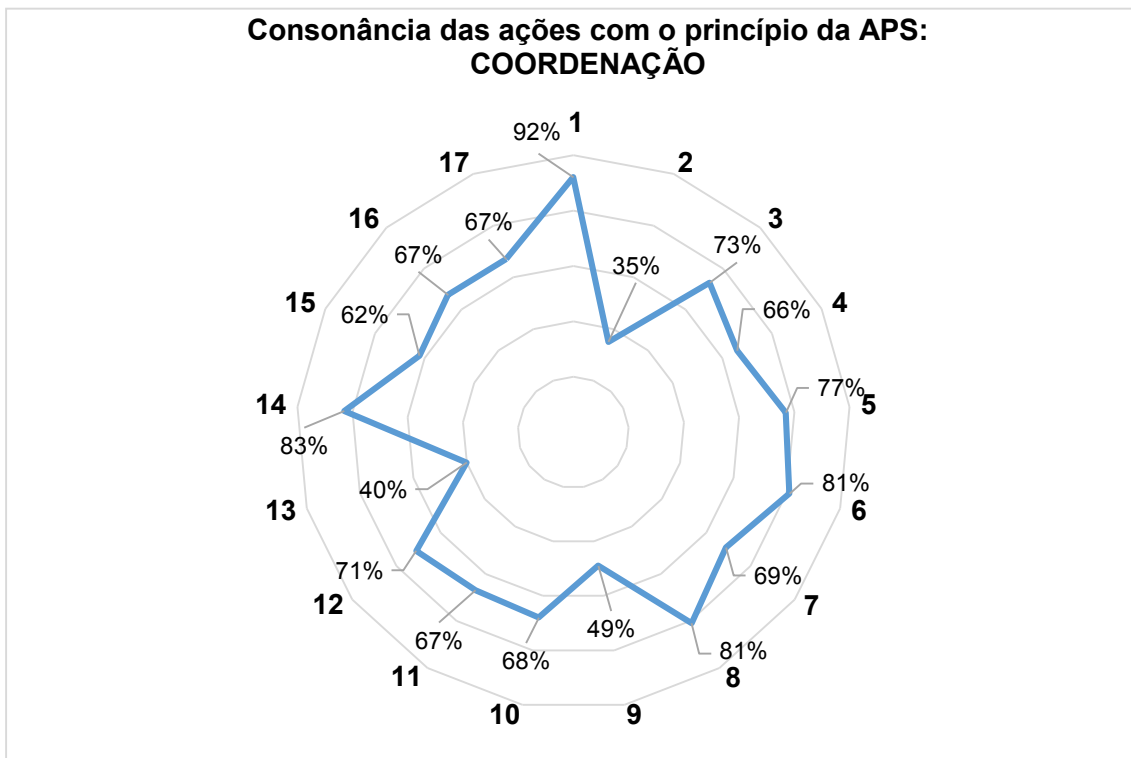


Figura 4: Consonância das ações com os princípios da APS, por município, com ênfase no princípio da Coordenação (Elaborado pelos autores, 2018).

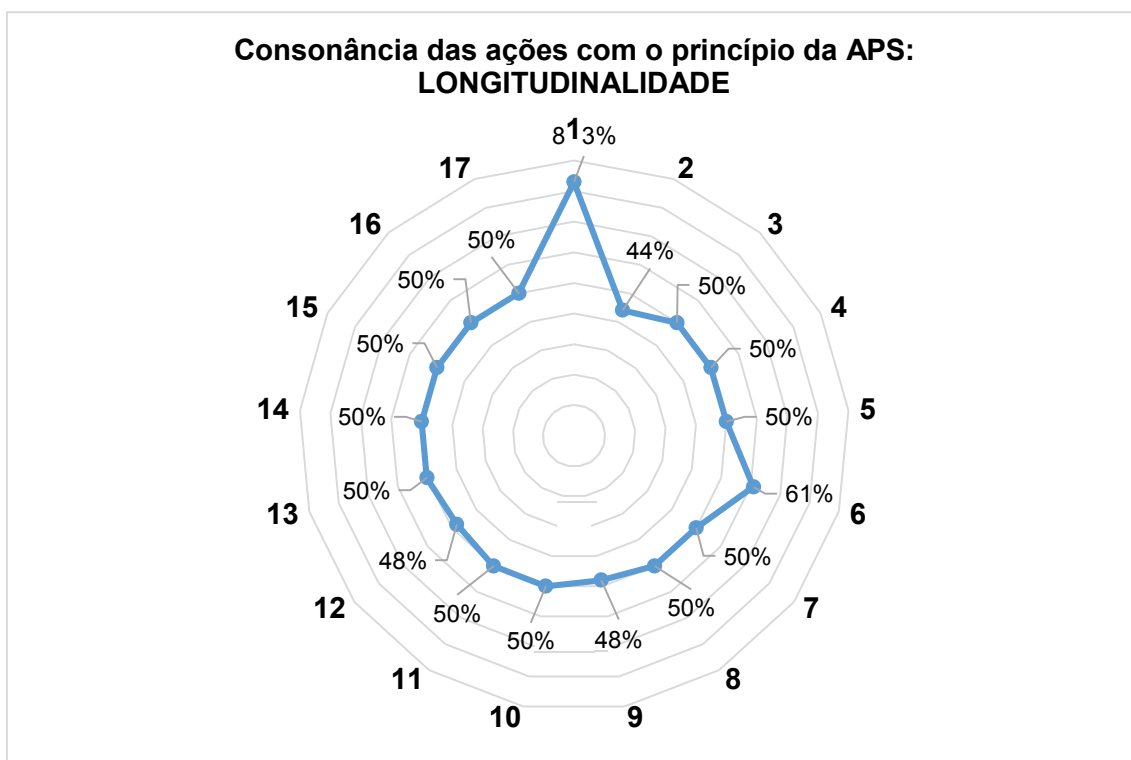


Figura 5: Consonância das ações com os princípios da APS, por município, com ênfase no princípio da Longitudinalidade (Elaborado pelos autores, 2018).

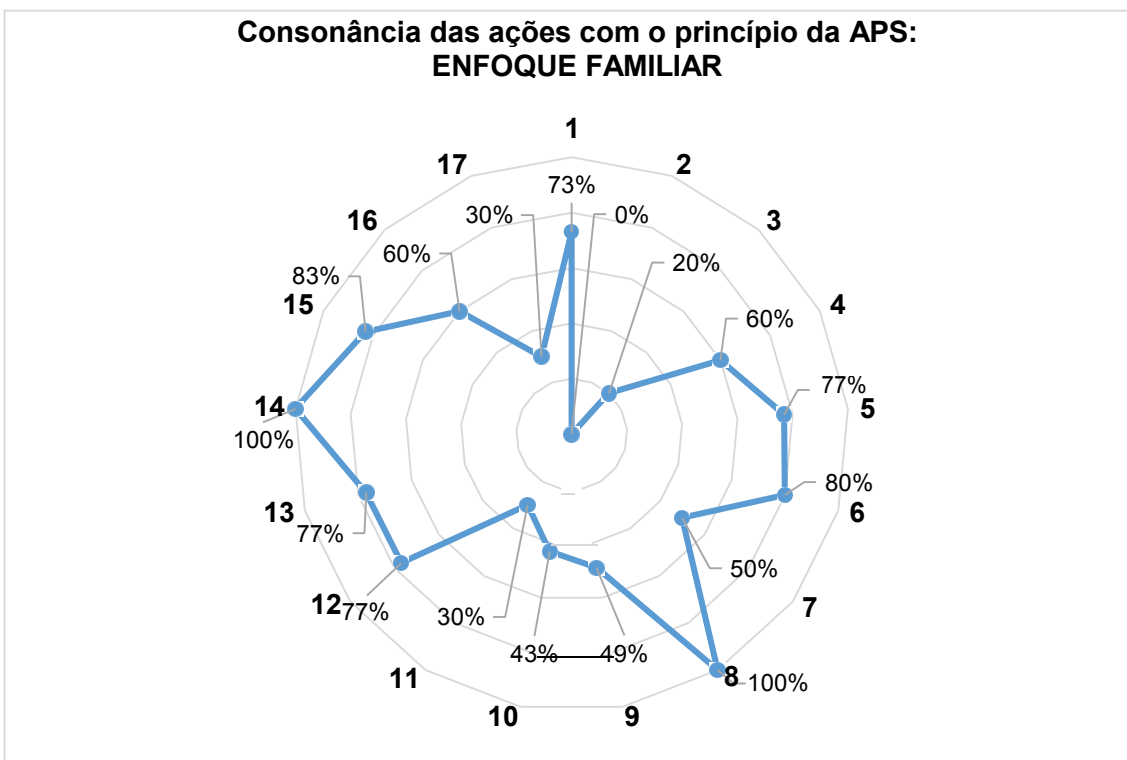


Figura 6: Consonância das ações com os princípios da APS, por município, com ênfase no princípio do Enfoque Familiar (Elaborado pelos autores, 2018).

Tabela 1: Descrição da população, Rede de saúde bucal e amostra pesquisada nas regiões de Saúde Uberlândia/Araguari e Patrocínio/Monte Carmelo, 2017.

Rede de Saúde Bucal (RASB) Regiões de Saúde Triângulo do Norte (Uberlândia/Araguari e Patrocínio/Monte Carmelo)										
Município	População	Equipes saúde bucal (Registradas no município)				Equipes Saúde bucal (Participantes do estudo)				CEO
		CD	TSB	ASB	Total	CD	TSB	ASB	Total	
1	7.037	2	0	2	4	2	0	2	4	0
2	116.871	26	2	16	0	1	1	0	2	1
3	6.717	2	2	2	6	2	1	2	5	0
4	3.055	1	0	1	2	1	0	1	2	0
5	28.483	5	1	5	11	4	0	4	8	0
6	1.925	1	0	1	2	1	0	1	2	0
7	7.940	2	0	2	4	2	0	2	4	0
8	1.417	1	0	1	2	1	0	1	2	0
9	6.751	2	0	2	4	3	1	2	6	0
10	6.929	2	0	2	4	2	0	2	4	0

11	20.979	5	2	5	12	3	2	3	8	0
12	48.096	5	1	5	11	3	0	3	6	0
13	14.715	3	0	3	6	2	0	1	3	0
14	89.333	12	6	12	30	3	1	3	7	1
15	27.637	5	0	5	10	5	3	2	10	0
16	3.650	1	0	1	2	1	0	1	2	0
17	25.452	3	2	3	8	2	1	0	3	1
TOTAL	416.987	52	14	52	118	38	10	30	78	3

Fonte: Elaborado pelos autores, com informações de “Sala de Situação Epidemiológica e Assistencial da Saúde nos Municípios Mineiros”¹² e “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”¹⁴, 2018.

Tabela 2: Caracterização socioprofissional e demográfica da equipe de saúde bucal da Atenção Primária em Saúde, por categoria profissional (N total = 78; N Cirurgiões- dentistas = 38; N Equipe Auxiliar = 40)

Variáveis	N (CD)	N (Equipe Auxiliar)
Faixa etária	21 – 30 anos	20
	31 – 40 anos	9
	41 – 50 anos	4
	51 – 60 anos	2
	61 – 70 anos	3
Sexo	Masculino	9
	Feminino	29
Estado Civil	Solteiro	19
	Casado	18
	Divorciado	1
	União estável/vive junto	0
	Viúvo	0
Formação	Superior Completo	38
	Técnico Completo	0
	Técnico Incompleto	0
Pós-Graduação	Não possui	14
	Especialização	23
	Mestrado	1
Tempo de formado na graduação/curso técnico	0 – 5 anos	16
	6 – 10 anos	9
	11 – 20 anos	6
	Mais de 21 anos	7
Forma de Ingresso	Concurso público	12
	Processo seletivo	8
	Indicação	16
	Outra	2

Vínculo	CLT	4	4
	Regime Jurídico Único	18	29
	Outro	16	7
Tempo de trabalho na área pública	0 – 5 anos	22	14
	6 – 10 anos	5	11
	11 – 20 anos	7	11
	Mais de 21 anos	4	4
Remuneração mensal bruta (em salários mínimos)	Até 2	1	36
	3 a 5	32	3
	6 ou mais	4	0
	Prefiro não declarar	1	1
Vínculo atual é primeiro emprego	Sim	14	12
	Não	24	28
Único emprego atualmente	Sim	27	38
	Não	11	2

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Tabela 3: Principais fragilidades, segundo os itens de verificação da APS.

Princípio	Itens que apresentam maior fragilidade
Coordenação	Dificuldade na utilização dos sistemas de informação (Motivo: desconhecimento, desmotivação, falta de computadores e/ou acesso à internet, geralmente relacionados à problemas de infraestrutura e ausência de educação permanente); Falta de contratualização e/ou monitoramento de metas; Inexistência ou não utilização de fluxos e protocolos de referência e contra referência.
Longitudinalidade	Inexistência de protocolos clínicos para atenção preconizados pela gestão municipal.
Enfoque Familiar	Dificuldade em acessar os cadastros e classificação de risco das famílias do território (específico das unidades com dificuldades na utilização do sistema de informação); Não realização do monitoramento das famílias com maior risco familiar; Não utilização dos instrumentos de abordagem familiar; Visitas domiciliares não fazem parte da programação das atividades do cirurgião-dentista.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Normas para Apresentação

Missão - A Revista da ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico é uma publicação quadrimestral que tem como missão primordial contribuir para a obtenção de indicadores de qualidade do ensino Odontológico, respeitando os desejos de formação discente e capacitação docente, com vistas a assegurar o contínuo progresso da formação profissional e produzir benefícios diretamente voltados para a coletividade. Visa também produzir junto aos especialistas a reflexão e análise crítica dos assuntos da área em nível local, regional, nacional e internacional.

- Originais - Os originais deverão ser redigidos em português ou inglês e digitados na fonte Arial tamanho 12, em página tamanho A4, com espaço 1,5 e margem de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo o total de no máximo 17 páginas, incluindo quadros, tabelas e ilustrações (gráficos, desenhos, esquemas, fotografias etc.) ou no máximo 25.000 caracteres contando os espaços.
- Ilustrações - As ilustrações (gráficos, desenhos, esquemas, fotografias etc.) deverão ser limitadas ao mínimo indispensável, apresentadas em páginas separadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. As respectivas legendas deverão ser concisas e localizadas abaixo e precedidas da numeração correspondente. Nas tabelas e nos quadros a legenda deverá ser colocada na parte superior. As fotografias deverão ser fornecidas em mídia digital, em formato tif ou jpg, tamanho 10 x 15 cm, em no mínimo 300 dpi. Não serão aceitas fotografias em Word ou Power Point. Deverão ser indicados os locais no texto para inserção das ilustrações e de suas citações.
- Encaminhamento de originais – Solicita-se o encaminhamento dos originais de acordo com as especificações descritas em <http://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/>. A submissão on-line é simples e segura
- A estrutura do original
 1. Cabeçalho: Quando os artigos forem em português, colocar título e subtítulo em português e inglês; quando os artigos forem em inglês, colocar título e subtítulo em inglês e português. O título deve ser breve e indicativo da exata finalidade do trabalho e o subtítulo deve contemplar um aspecto importante do trabalho.
 2. Autores: Indicação de apenas um título universitário e/ou uma vinculação à instituição de ensino ou pesquisa que indique a sua autoridade em relação ao assunto.
 3. Resumo: Representa a condensação do conteúdo, expondo metodologia, resultados e conclusões, não excedendo 250 palavras e em um único parágrafo.
 4. Descritores: Palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Para sua determinação, consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>) (no máximo 5).
 5. Texto: Deverá seguir, dentro do possível, a seguinte estrutura:

- a) Introdução: deve apresentar com clareza o objetivo do trabalho e sua relação com os outros trabalhos na mesma linha ou área. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e quando possível substituídas por referências aos trabalhos mais recentes, onde certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados. Lembre-se que trabalhos e resumos de teses devem sofrer modificações de forma a se apresentarem adequadamente para a publicação na Revista, seguindo-se rigorosamente as normas aqui publicadas.
 - b) Material e métodos: a descrição dos métodos usados deve ser suficientemente clara para possibilitar a perfeita compreensão e repetição do trabalho, não sendo extensa. Técnicas já publicadas, a menos que tenham sido modificadas, devem ser apenas citadas (obrigatoriamente).
 - c) Resultados: deverão ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.
 - d) Discussão: deve ser restrita ao significado dos dados obtidos, resultados alcançados, relação do conhecimento já existente, sendo evitadas hipóteses não fundamentadas nos resultados.
 - e) Conclusões: devem estar baseadas no próprio texto.
 - f) Agradecimentos (quando houver).
6. Abstract: Resumo do texto em inglês. Sua redação deve ser paralela à do resumo em português.
 7. Descriptors: Versão dos descritores para o inglês. Para sua determinação, consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>) (no máximo 5).
 8. Referências: Devem ser normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações publicadas no site da “National Library of Medicine” (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as citações no corpo do texto deve-se utilizar o sistema numérico, no qual são indicados no texto somente os números-índices na forma sobrescrita. A citação de nomes de autores só é permitida quando estritamente necessária e deve ser acompanhada de número-índice e ano de publicação entre parênteses. Todas as citações devem ser acompanhadas de sua referência completa e todas as referências devem estar citadas no corpo do texto. As abreviaturas dos títulos dos periódicos deverão estar de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>). A lista de referências deve seguir a ordem em que as mesmas são citadas no texto. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.
 9. Autor correspondente, com e-mail e endereço.