



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MILLANE TELES PORTELA DE OLIVEIRA

**AGENDA COMPARTILHADA PARA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

SOBRAL – CE

2019

MILLANE TELES PORTELA DE OLIVEIRA

AGENDA COMPARTILHADA PARA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à banca examinadora da Universidade Estadual Vale do Acaraú como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família / Universidade Estadual Vale do Acaraú.
Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.
Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Israel Rocha Brandão

SOBRAL – CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Oliveira, Millane Teles Portela de

Agenda compartilhada para reorganização do processo de trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família [recurso eletrônico] / Millane Teles Portela de Oliveira. -- Sobral, 2019.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 93 folhas.

Orientação: Prof. Dr. Israel Rocha Brandão.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Atenção primária à saúde. 2. Agendamento de consultas. 3. Saúde pública. 4. Odontologia em saúde pública. 5. Agenda de prioridades em saúde. I. Título.

MILLANE TELES PORTELA DE OLIVEIRA

AGENDA COMPARTILHADA PARA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à banca examinadora da Universidade Estadual Vale do Acaraú como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família / Universidade Estadual Vale do Acaraú.
Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.
Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 29 / 08 / 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Israel Rocha Brandão (Orientador)
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Prof^a. Dr^a. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Prof^a. Dr^a. Mariana Ramalho de Farias
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico este trabalho ao meu eterno
namorado, José Portela Machado Filho,
por ter me acompanhado nesta jornada,
pelo amor, compreensão,
companheirismo e incentivo constantes.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre fazer parte da minha vida e nunca me permitir desistir, amparando-me e levando-me sempre a vitórias;

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizam a realização deste curso de pós-graduação;

Ao Prof. Dr. Israel Rocha Brandão, pelo apoio e pelas orientações durante a realização desta pesquisa;

Às professoras Maristela Inês Osawa Vasconcelos e Maria Socorro Araújo Dias pelo empenho em potencializar este curso de pós-graduação, pela compreensão, empatia e por todo o conhecimento e experiências compartilhadas;

A todos os professores, colaboradores e convidados do Mestrado Profissional em Saúde da Família por todos os ensinamentos e compartilhamento de experiências;

Aos meus professores da Graduação da Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral*, pela segura iniciação que me proporcionaram;

Às professoras Hellíada Vasconcelos Chaves, Ana Karine Macedo Teixeira e Mariana Ramalho de Farias, por me mostrarem o tipo de docente que eu quero ser. À professora Hellíada, pelos anos de convívio e aprendizado; à professora Karine, por me incentivar no amor pela saúde coletiva e me ajudar desde a confecção do projeto de pesquisa para a seleção deste Mestrado; à professora Mariana, por também ter me estimulado a amar a saúde coletiva e pelas valiosas contribuições neste trabalho;

Aos meus colegas de graduação, pelos cinco anos produtivos e animados da nossa convivência;

Aos meus colegas de turma da especialização em Endodontia, pelos momentos de convívio amigo e solidário e pelo aprendizado compartilhado;

Aos meus colegas e companheiros de lutas do Mestrado Profissional em Saúde da Família, por todas as vivências, pelas trocas de conhecimentos, pela solidariedade, empatia, respeito e amizade;

Aos meus pacientes que acreditam no bom desempenho do meu trabalho;

Aos meus pais (José Carneiro de Oliveira e Antonia Ozenelia Teles Portela de Oliveira), pelo amor, carinho e constante apoio aos meus estudos;

Aos meus irmãos (Millena Teles Portela de Oliveira, Milleide Teles Portela de Oliveira e Antonio Mikael Teles Portela de Oliveira), pelo incentivo constante e por acreditarem mais em mim do que eu mesma;

À minha família e aos meus amigos, que sempre se fazem presentes mesmo na minha constante ausência;

Ao meu eterno namorado, José Portela Machado Filho, pela paciência, amor, carinho, dedicação, incentivo e compreensão de sempre;

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação e contribuíram para mais essa conquista em minha vida profissional, o meu muito obrigada!

“Quem ensina aprende ao ensinar e quem
aprende ensina ao aprender”.

Paulo Freire

RESUMO

A organização dos processos de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família ainda é um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores e profissionais da Atenção Primária, uma vez que a agenda da saúde bucal é utilizada apenas para marcação de consultas e procedimentos clínicos, dificilmente envolvendo atividades educativas, coletivas, de planejamento e reuniões de equipe. Os usuários são marcados arbitrariamente, sem critérios de classificação ou estratificação de risco, sem a realização de um levantamento epidemiológico para diagnóstico situacional local e, na maioria das vezes, sem envolvimento dos Coordenadores de Saúde Bucal para organizarem os processos de trabalho, ficando a critério de cada profissional como acontece o processo de marcação de seus atendimentos clínicos. Desta forma, o objetivo deste trabalho é reestruturar o processo de trabalho em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do município de Coreaú-CE, a partir da construção de uma agenda compartilhada. Para isso, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa e finalidade do tipo intervenção pedagógica, envolvendo a Coordenação de Saúde Bucal e as Equipes de Saúde Bucal do município de Coreaú-CE, Brasil. Foi realizado um grupo focal e entrevista semiestruturada para a coleta das informações, além de ter sido solicitada a participação da pesquisadora e dos participantes da pesquisa em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde a fim de ouvir as opiniões dos representantes da população sobre a agenda da saúde bucal. Para análise das informações foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo descrita por Bardin (2016). Após a obtenção dos resultados, com as interpretações das informações coletadas e já tendo permitido a participação social, foi realizada uma intervenção pedagógica no cenário escolhido; para tanto, foram realizadas cinco oficinas com os participantes da pesquisa a fim de expor os resultados obtidos, debatê-los e construir o diagnóstico situacional do município, a fim de fundamentar a construção compartilhada de uma agenda em saúde bucal que atenda às necessidades da população, que respeite os princípios do SUS e que organize efetivamente os processos de trabalho em saúde bucal. Ao final das oficinas foi realizada uma avaliação destas e da intervenção como um todo, de modo a validar a agenda proposta. Posteriormente houve nova participação na reunião do Conselho Municipal de Saúde a fim de apresentar o novo modelo de agenda para a saúde bucal do município, que foi aprovado por unanimidade. Portanto, propor mudanças nas práticas em saúde bucal não é algo fácil ou rápido e apesar de não existirem protocolos preestabelecidos, é necessário interesse e participação dos usuários, profissionais e gestores, de modo a desenvolver ações que respeitem os princípios e diretrizes do SUS e que sejam adequadas às necessidades locais.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Agendamento de Consultas. Saúde Pública. Odontologia em Saúde Pública. Agenda de Prioridades em Saúde.

ABSTRACT

The organization of dentist work processes in the Family Health Strategy is still a major challenge for primary care managers and professionals, as the oral health agenda is only used to make appointments and clinical procedures, hardly involving educational, collective, planning and team meeting activities. Users are marked arbitrarily, without risk classification or stratification criteria, without conducting an epidemiological survey for local situational diagnosis and, most often, without involvement of the Oral Health Coordinators to organize the work processes, being at the discretion of each professional as the process of marking their clinical care happens. Thus, the objective of this paper is to restructure the oral health work process in the Family Health Strategy of the city of Coreaú-CE, from the construction of a shared agenda. For this, a qualitative approach and pedagogical intervention research was conducted with the Oral Health Coordination and the Oral Health Teams of Coreaú-CE, Brazil. A focus group and semi-structured interview were conducted to collect information, and the researcher and research participants were asked to attend a meeting of the Municipal Health Council to hear the views of the population representatives on the oral health agenda. For analysis of the information was used the technique of Content Analysis described by Bardin (2016). After obtaining the results, with the interpretations of the information collected and having already allowed social participation, a pedagogical intervention was performed in the chosen scenario; To this end, five workshops were held with the research participants to expose the results obtained, discuss them and build the situational diagnosis of the municipality in order to support the shared construction of an oral health agenda that meets the needs of the population, that respects the principles of SUS and that effectively organizes the work processes in oral health. At the end of the workshops, an evaluation of these and the intervention as a whole was carried out in order to validate the proposed agenda. Subsequently, there was a new participation in the Municipal Health Council meeting to present the new model of oral health agenda of the municipality, which was unanimously approved. Therefore, proposing changes in oral health practices is not easy or fast and although there are no pre-established protocols, it is necessary interest and participation of users, professionals and managers, in order to develop actions that respect the principles and guidelines of SUS and that are suited to local needs.

Keywords: Primary Health Care. Appointment Scheduling. Public health. Public Health Dentistry. Health Priority Agenda.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Diagnóstico situacional do município de Coreaú-CE em julho de 2019.....	62
Quadro 2 – Palavras e expressões geradoras do Círculo de Cultura da intervenção pedagógica em Coreaú-CE em julho de 2019.....	64
Quadro 3 – Modelo proposto de agenda para a saúde bucal do município de Coreaú-CE em julho de 2019.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APB	Aprendizagem Baseada em Problemas
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESB	Equipe(s) de Saúde Bucal
EqSF	Equipe(s) de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PBL	Problem-Based Learning
PBS	Programa Brasil Sorridente
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIFICA AP SUS	Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico em Higiene Dentária
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Contextualização	14
1.2	Aproximação com o objeto, justificativa e relevância	17
1.3	Questão problematizadora	20
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo geral.....	21
2.2	Objetivos específicos.....	21
3	REVISÃO DA LITERATURA	22
3.1	Atenção Primária à Saúde no Brasil	22
3.2	Saúde Bucal como Política Pública	26
3.3	Implantação coletiva em Saúde Bucal: uma missão necessária	32
4	PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1	Tipo de estudo	41
4.2	Campo de estudo	41
4.3	Participantes do estudo.....	43
4.4	Método de coleta e análise das informações.....	43
4.5	Considerações éticas.....	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	Análise e interpretação dos resultados.....	48
5.1.1	<i>Organização do processo de trabalho</i>	<i>51</i>
5.1.2	<i>Educação em Saúde.....</i>	<i>55</i>
5.1.3	<i>Interprofissionalidade e Prática Colaborativa</i>	<i>56</i>
5.1.4	<i>Satisfação dos usuários</i>	<i>57</i>
5.2	Intervenção pedagógica	58
5.2.1	<i>Construindo o diagnóstico situacional</i>	<i>59</i>
5.2.2	<i>Construção compartilhada do novo modelo de agenda para a saúde bucal.....</i>	<i>63</i>
5.2.3	<i>Avaliação da intervenção</i>	<i>66</i>

5.2.3.1	<i>Avaliação das oficinas</i>	67
5.2.3.2	<i>Avaliação da intervenção propriamente dita</i>	68
6	CONCLUSÃO	71
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICES	82
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
	APÊNDICE B – Roteiro para Grupo Focal	85
	APÊNDICE C – Marco lógico	86
	APÊNDICE D – Avaliação de satisfação da oficina	87
	APÊNDICE E – Avaliação da intervenção	88
	ANEXOS	89
	ANEXO A – Ata da 1ª reunião com o Conselho Municipal de Saúde	89
	ANEXO B – Ata da 2ª reunião com o Conselho Municipal de Saúde	92

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) como uma forma de operacionalizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e consolidar os princípios da Reforma Sanitária Brasileira estabelecida na Constituição Federal (CF) de 1988 e no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 (MARTINS *et al.*, 2014), visando ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo SUS que são integralidade, resolutividade, intersetorialidade das ações, trabalho em equipe, vínculo, corresponsabilização e participação social. Diante disso, assim como o SUS apresenta dificuldades em ser universal e igualitário, a Atenção Básica (AB) encontra obstáculos em se firmar como porta de entrada do sistema, uma vez que limita e seleciona os atendimentos (PIRES; GOTTEMS, 2009).

A atenção e gestão do cuidado em saúde está relacionada à organização e coordenação desse cuidado, definindo o conceito de conhecer para melhor cuidar dos indivíduos, ressaltando a proposta do vínculo do cuidado profissional-paciente, tão importante para o desenvolvimento pleno da Estratégia Saúde da Família (ESF), termo criado em 1997 em substituição à denominação PSF. Portanto, considerando a importância do cuidado e das relações de poderes, incentiva-se o resgate da autonomia dos sujeitos, tanto profissionais, como usuários e gestores, levando em consideração se o cuidado no processo de trabalho dos profissionais está voltado para o domínio autoritário ou para a divisão de poderes, estabelecendo o empoderamento dos usuários (PIRES; GOTTEMS, 2009):

A ousadia do Saúde da Família reside na contribuição à mudança na forma de gerir o cuidado em saúde, mesmo sendo programa que se assume como estratégia para reorganizar os serviços de saúde/SUS. Nesse sentido, tanto pode sucumbir à rigidez da norma programática focalizada e seletiva, como pode conformar relações de poderes mais democráticas. [...] A gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde é entendida como forma com que o cuidar se revela e se organiza na interação propiciada entre sujeitos, podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas (PIRES; GOTTEMS, 2009, p. 296).

Gerir o cuidado é dispor de mecanismos e de tecnologias de saúde de acordo com as necessidades individuais, visando qualidade de vida e autonomia dos

usuários. A gestão do cuidado mantém uma relação de dependência com três fatores da dimensão profissional que são a postura ética do trabalhador e a maneira como ele entende o usuário, a competência com que ele exerce o seu trabalho e a capacidade de criação de um vínculo profissional-paciente satisfatório. O prontuário é um recurso extremamente importante para a gestão do cuidado (BRASIL, 2013c).

Segundo o documento oficial que define as bases do programa, a ESF prioriza a proteção e promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e contínua. A Portaria nº. 1.444 do MS implantou as equipes de saúde bucal na ESF, ao estabelecer o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. Essa implantação ocorreu em 28 de dezembro de 2000, seis anos após a criação do PSF, sendo regulamentada pela Portaria nº. 267, de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2001b).

Dentre as muitas atribuições do cirurgião-dentista na ESF estão a assistência integral, ampliada e contínua, aliando a atuação clínica às práticas de saúde coletiva, coordenar atividades coletivas voltadas para o desenvolvimento da promoção e prevenção em saúde bucal, participar de visitas domiciliares e realizar atividades educativas no sentido de capacitar a ESF no que diz respeito à saúde bucal, sempre ressaltando a importância do acolhimento e do vínculo. Apesar das muitas dificuldades encontradas para o trabalho do Cirurgião-Dentista (CD) no PSF, a efetivação do modelo da ESF centrada no indivíduo e seu contexto familiar pode e deve ser aplicada para a saúde bucal (MARTINS *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), criada em 2004, teve sua efetivação por meio do Programa Brasil Sorridente (PBS) e encontrou na AB um de seus pilares mais importantes. No Brasil, ao longo de muitos anos, as práticas odontológicas no SUS ocorreram de forma paralela, porém separada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida por meio do esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir do compartilhamento de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde e para revisão das práticas assistenciais, considerando a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2008).

As diretrizes da PNSB sugerem uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, ressaltando o desenvolvimento de ações interdisciplinares e intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de

reorientação do modelo e respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente. O cuidado passa a ser considerado como eixo de reorientação do novo modelo de saúde bucal (BRASIL, 2008).

Para que haja uma efetiva integração da saúde bucal na ESF não basta apenas democratizar os recursos e/ou eleger ações prioritárias; é necessária uma reforma administrativa em nível local e a busca de inovações e parcerias com outros setores, com ações que possam verdadeiramente contribuir para a transformação da sociedade. Os profissionais de saúde bucal devem proporcionar condições objetivas e subjetivas para que as famílias com todas as suas interações sociais tenham autonomia no processo de construção da sua saúde. O cirurgião-dentista tem de conhecer o território, ser crítico e criativo e acompanhar as mudanças sociais que acontecem no espaço em que desenvolve sua atividade profissional (CARVALHO *et al.*, 2004; CORDÓN, 1997).

Para iniciar a construção de uma agenda em saúde bucal deve ser feito o diagnóstico do território com a participação da população em todas as fases do processo a fim de compreender os principais problemas de saúde bucal locais. Uma vez definidos os problemas, devem ocorrer discussões nos conselhos locais de saúde, visando orientar a construção de uma agenda que atenda às necessidades daquela população de acordo com as vulnerabilidades sociais, estabelecendo metas que devem ser cumpridas a curto, médio e longo prazo, de acordo com as necessidades e urgências identificadas no diagnóstico situacional. São necessárias ações de organização, promoção e proteção da saúde, manutenção e reabilitação dos danos pré-existentes (CARVALHO *et al.*, 2004; CORDÓN, 1997).

Carvalho *et al.* (2004) sugerem que a programação das ações de saúde bucal deve contemplar todas as faixas etárias de modo a verdadeiramente intervir na realidade de saúde das famílias. Devem-se priorizar as ações educativas e preventivas, uma vez que as mesmas são de baixa complexidade e atingem um maior número de pessoas. Para um efetivo planejamento das ações é necessário primeiramente responder alguns questionamentos básicos, como o que será feito, onde será feito, quem participará e quais serão os métodos de execução do trabalho.

A determinação de metas, quantidades e tipo de atividades a serem desenvolvidas não estabelece uma limitação da prática do cirurgião-dentista, e sim, propõe que as ações sejam mais programadas e melhor planejadas, baseadas em levantamentos epidemiológicos e em estudos que relatem experiências exitosas. Essa organização do serviço possibilita uma maior participação das coordenações na construção do processo de trabalho das ESB, por meio de acompanhamentos e avaliação compartilhada (REIS; HORTALE, 2004).

1.2 Aproximação com o objeto, justificativa e relevância

A organização dos processos de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda é um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores e profissionais da Atenção Primária; isso porque, mesmo diante da inserção desta categoria profissional na ESF há quase duas décadas, ainda percebemos uma prática de Odontologia mutiladora, alicerçada no uso de tecnologias duras e voltadas quase que exclusivamente para o atendimento clínico dentro dos consultórios, uma vez que nem os próprios trabalhadores da saúde bucal se apropriaram do seu fazer profissional enquanto ESF, nem os demais profissionais da equipe enxergam a Odontologia como parte de uma atenção integral à saúde, nem a população identifica a necessidade de realizar ações de planejamento e promoção da saúde bucal e nem os gestores percebem que é muito mais prático, barato e resolutivo investir na realização de atividades que previnam o surgimento das doenças bucais.

Desta forma, a agenda da saúde bucal é utilizada apenas para marcação de consultas e procedimentos clínicos, dificilmente envolvendo atividades educativas, coletivas, de planejamento, reuniões de equipe e momentos de educação permanente em saúde; as pessoas são marcadas arbitrariamente, sem critérios de classificação ou estratificação de risco, sem a realização de um levantamento epidemiológico ou de necessidades com territorialização para diagnóstico situacional local e, na maioria das vezes, sem envolvimento dos Coordenadores de Saúde Bucal para organizarem os processos de trabalho, ficando a critério de cada profissional como acontecerá o processo de marcação de seus atendimentos clínicos, o que gera filas de espera, insatisfação dos usuários e baixa resolutividade dos problemas da população.

O município de Coreaú, localizado na Zona Norte do estado do Ceará, possui uma população inferior a 24 mil habitantes e conta atualmente com 11 Equipes de Saúde da Família (EqSF) e seis Equipes de Saúde Bucal (ESB). Eu, enquanto cirurgiã-dentista com pouco mais de cinco anos de formada, passei a integrar a equipe de profissionais de saúde bucal do município em abril de 2018, sendo cadastrada no distrito de Ubaúna que, atualmente conta com uma população de pouco mais de cinco mil habitantes, três EqSF e uma ESB. Eu já tinha a experiência de ter trabalho num outro município de pequeno porte da região por alguns anos, mas confesso meu estranhamento com a nova realidade encontrada; isso porque percebi de imediato que não havia uma construção coletiva da agenda dos cirurgiões-dentistas, nem reuniões periódicas entre os mesmos e a Coordenação de Saúde Bucal, apesar de haver esse cargo administrativo na Secretaria de Saúde do município.

Além disso, apesar da unidade possuir dois consultórios odontológicos, o segundo está inutilizado, devido a defeitos de equipamentos, fato este que inicialmente me fez dividir o consultório com o CD da outra equipe (quando esta possuía CD), o que dificultou a organização da minha agenda de modo que eu pudesse dividir os dias e turnos para os atendimentos clínicos por grupos prioritários, por demandas com classificação de risco, disponibilidade para a realização de atividades educativas coletivas e reuniões com a equipe da ESF. Ficou acordado com a gestão que cada CD atenderia apenas um turno diário com demanda de 10 usuários agendados, além das urgências, ou um turno com demanda de seis usuários agendados mais urgências e o outro turno do dia para a realização dessas ações coletivas; no entanto, como a procura por atendimento clínico foi muito além da esperada, pois a população da terceira equipe foi dividida entre os dois CD, não houve como marcar diariamente a quantidade de apenas seis usuários; pelo contrário, quase todos os dias eu atendia mais do que os 10 que foram acordados inicialmente, pois sempre apareciam urgências odontológicas e demanda espontânea que necessitavam de intervenção no mesmo dia ou, pelo menos, na mesma semana; isso prejudicou a realização das atividades de promoção da saúde.

Os usuários que necessitam de encaminhamento para o serviço especializado recebem a referência na unidade, mas não temos controle sobre a marcação dessas consultas; não sabemos nem os critérios de priorização de

marcações para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Ainda existe também certa dificuldade de encaminhamento das gestantes para a realização do pré-natal odontológico por parte dos profissionais médicos e enfermeiros, o que me leva a pensar que isso talvez ocorra pela falta de interação das equipes. Todos esses fatores influenciaram a minha inquietação de pesquisar sobre como pode ser construída uma agenda compartilhada que seja uma diretriz municipal e melhore os processos de trabalho em saúde bucal.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela Portaria nº. 1.654, de 19 de julho de 2011 com o objetivo de favorecer a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços da atenção básica, com conformidade, transparência e efetividade das ações governamentais a nível municipal, estadual e federal (BRASIL, 2011). A Portaria nº. 1.645, de 2 de outubro de 2015 revogou a anteriormente citada e aprimorou os termos e diretrizes do PMAQ (BRASIL, 2015). Desde a criação deste programa consta no manual de instruções do PMAQ e é um dos questionamentos da fase de avaliação externa como ocorre a construção da agenda de saúde bucal, os registros de referenciamento para o setor especializado e programação de ações coletivas juntamente com a EqSF (BRASIL, 2013a); no entanto, percebemos que não existe um aprofundamento dessa problemática ou alternativas de como resolvê-la.

Além disso, a proposta do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – Qualifica AP SUS Ceará (CEARÁ, 2017), uma iniciativa do governo do Estado do Ceará para promover a qualificação da Atenção Primária no SUS, proporcionou um novo olhar sobre o processo de trabalho do cirurgião-dentista na ESF; permitiu identificar que não existe uma organização dentro desse serviço de modo a respeitar os princípios do SUS e proporcionar um atendimento de qualidade à população. Esse projeto ainda está em fase de implantação no estado, mas propõe uma requalificação de toda a Atenção Primária, sendo que as propostas para a Odontologia ainda estão focalizadas em grupos, uma vez que o projeto foca no Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS, sem esquecer as situações de urgências odontológicas, mas não deixando claro como deveria ser construída uma agenda local que atendesse às demandas da população adulta normossistêmica de cada área, de forma a respeitar os princípios da Universalidade, da Equidade e da Integralidade.

Diante disso e em virtude do consenso na literatura sobre a importância da construção de uma agenda de saúde bucal que organize os processos de trabalho do cirurgião-dentista na ESF para uma efetiva atenção e gestão do cuidado em saúde, além da vivência prática de observação de que esses processos de trabalho são falhos e inconsistentes, sem reuniões das equipes de saúde bucal para uma construção coletiva e compartilhada de uma agenda adequada às realidades locais identificadas no diagnóstico situacional, busca-se evidenciar a relevância desse estudo para ressaltar a importância da construção compartilhada de uma agenda de saúde bucal que organize os processos de trabalho dos profissionais de Odontologia.

A agenda deve ser baseada no diagnóstico do território, respeitando os princípios do SUS e fomentando o desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde Bucal, a fim de melhorar a organização do trabalho e a qualidade do serviço prestado à população. Uma vez respeitado o princípio da Equidade, terão prioridade de atendimento as pessoas com maiores vulnerabilidades socioeconômicas e de saúde, sem desprezar o direito ao acesso universal dos demais usuários; é uma forma de garantir que todos consigam ter acesso e que suas necessidades sejam acolhidas e resolvidas, dentro das possibilidades da ESF, promovendo a integralidade do cuidado e assegurando a execução das atividades coletivas, de modo a melhorar as condições de saúde bucal e de qualidade de vida da população vinculada à sua área de abrangência, visando aperfeiçoar o trabalho na Atenção Primária à Saúde e efetivá-la como porta de entrada para o sistema e coordenadora de uma rede de cuidados em saúde.

1.3 Questão problematizadora

A construção de uma agenda compartilhada para a saúde bucal influenciará positivamente na organização dos processos de trabalho da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Reestruturar o processo de trabalho em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do município de Coreaú-CE, a partir da construção de uma agenda compartilhada.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever como atualmente é construída a agenda mensal do cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família no município de Coreaú-CE;
- Discutir com o Conselho Municipal de Saúde a importância da reorganização da agenda de saúde bucal;
- Realizar diagnóstico situacional do território de modo a direcionar a construção da agenda para as necessidades da população;
- Realizar uma intervenção pedagógica com oficinas que direcionem a construção da agenda de saúde bucal.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil

Desde o início do século XX foram desenvolvidos diversos modelos de assistência à saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi caracterizada como um modelo assistencial que corresponde ao primeiro nível de atenção no sistema de saúde, sendo executada pelos serviços ambulatoriais que devem corresponder às necessidades de saúde mais comuns da população; o acesso ao serviço de saúde associado à longitudinalidade do cuidado, à integralidade da atenção e à coordenação do cuidado constituem os atributos essenciais da APS (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS é definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) como “ações de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação”; deve ser porta de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, focando a atenção sobre o usuário, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro nível de atenção à saúde. Organiza e otimiza os recursos, tanto básicos, como especializados e cria o vínculo e a responsabilização pelas necessidades de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade (MARIN *et al.*, 2013).

A CF de 1988 estabeleceu as diretrizes do SUS brasileiro: a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade, visando reduzir a disparidade existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade concreta de oferta de ações de serviços públicos à população brasileira. Ao longo dos anos foram estabelecidos vários modelos de atenção à saúde no Brasil e o SUS sofreu diversas transformações (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006), sendo regulamentado pela lei orgânica da saúde 8.080 e pela lei 8.142, ambas de 1990 (BALDANI, 2005; SOARES *et al.*, 2011).

O modelo biomédico é centrado na cura das doenças e no atendimento individual, focado na queixa e na fragmentação do cuidado, tendo como principal ponto de atenção, o hospital. A atual proposta do SUS sugere um modelo diferente dessa realidade vivenciada durante muito tempo pelos usuários; o Ministério da Saúde criou o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991,

visando à redução da mortalidade materno-infantil, sendo complementado pelo Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (BRASIL, 2002; MARIN *et al.*, 2013) com o objetivo de organizar a atenção básica no SUS. O PSF foi normatizado pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 - NOB/SUS-96, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-o no Piso da Atenção Básica (PAB) e caracterizado como uma estratégia do SUS, devendo estar em consonância com seus princípios e diretrizes, de forma a reorientar o modelo assistencial vigente, revertendo a forma da prestação de assistência à saúde que anteriormente organizava a atenção básica; no entanto, o Cirurgião-Dentista (CD) ainda não estava inserido nessa nova proposta (BRASIL, 2004a).

O PSF teve como principal finalidade organizar a prática de atenção à saúde sob novas perspectivas, centrando o foco da atenção na família e visando melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (PEREIRA, *et al.*, 2009); deu origem à ESF, considerada uma proposta mais abrangente e sujeita a maiores investimentos, expectativas e questionamentos quanto à sua efetividade (BRASIL, 2002; MARIN *et al.*, 2013). No entanto, mesmo diante das novas propostas da ESF ainda verificamos a fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre os profissionais, a falta de complementaridade entre a ESF e a atenção secundária e terciária, o despreparo da equipe para lidar com a subjetividade dos sujeitos, o precário investimento na qualificação dos trabalhadores e incentivos à cogestão, além do desrespeito aos direitos dos usuários (BRASIL, 2006).

O foco na família, o território e a população adscrita, o trabalho em equipe, a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social e a intersectorialidade constituem eixos fundamentais da ESF; as visitas domiciliares constituem uma de suas principais estratégias, visando ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços (BRASIL, 2004b).

Com o propósito de otimizar as fragilidades da APS, a Portaria do Ministério da Saúde n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, propondo a superação da fragmentação da atenção e da gestão dos serviços de

saúde, visando proporcionar aos usuários as ações e serviços necessários ao atendimento integral de suas necessidades (BRASIL, 2010).

A Portaria nº. 2.436 (BRASIL, 2017) atualizou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e considera como equivalentes os termos Atenção Primária à Saúde, conceito internacionalmente construído, e Atenção Básica (AB) caracterizando-a como:

[...] 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, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, Art. 2º, p. 2).

No atual modelo de organização, a APS constitui a porta de entrada prioritária para os serviços de saúde, considerando as diretrizes da integralidade e regionalização, sendo ordenadora do cuidado em saúde. Este direcionamento parte da necessidade de maior adequação dos recursos destinados à saúde, considerando que muitos dos problemas podem ser resolvidos por meio de tecnologias leves. Assim, os centros de maior densidade tecnológica seriam disponibilizados para atendimentos realmente necessários, minimizando os custos que os serviços especializados representam. As fragilidades da APS como porta de entrada deixam lacunas na organização dos serviços e acabam por sobrecarregar os níveis de maior densidade tecnológica, burlando o princípio da hierarquização dos serviços (MARIN *et al.*, 2013).

O vínculo e a longitudinalidade do cuidado proporcionam relação de confiança e corresponsabilização entre o sujeito e o profissional da equipe. Embora tenha havido uma ampliação do acesso com a difusão da ESF, os atendimentos especializados não acompanharam esse crescimento, o que gera alta demanda e baixa resolutividade na ESF, quando necessária essa complementaridade pelas tecnologias duras, limitando a possibilidade de investir em promoção de saúde, alicerçada na escuta qualificada, no vínculo e na responsabilização pelo cuidado (MARIN *et al.*, 2013).

A APS propõe melhorar a qualidade de vida das pessoas e objetiva a implantação de um novo modelo de atenção, baseado na vigilância em saúde e com ênfase na promoção, pautada pelos princípios e diretrizes do SUS. Embora esta responsabilidade seja expandida a todas as modalidades de atenção primária,

encontra-se na ESF uma tendência mais efetiva para que isso ocorra, pois, do ponto de vista estrutural, apresenta elementos privilegiados para operar de acordo com essa lógica, uma vez que o vínculo e a longitudinalidade aproximam a equipe da ESF com os usuários, o que não ocorre de forma efetiva na Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional (MARIN *et al.*, 2013).

A ESF vem cumprindo o seu papel de aproximação e de abordagem mais integral, já que o conhecimento do contexto social e familiar é uma condição fundamental no cuidado à saúde. Mesmo com todas as vantagens da ESF ainda são perceptíveis importantes obstáculos e desafios no enfrentamento da mudança do modelo assistencial, uma vez que as alterações estruturais implementadas, embora tenham se constituído em importante iniciativa na ampliação do acesso, vínculo e longitudinalidade, ainda demandam avanços e ajustes significativos (MARIN *et al.*, 2013).

A organização da APS é uma tarefa que deve ser compartilhada entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), os gerentes de UBS, profissionais de saúde, instituições parceiras e a população, por meio dos conselhos locais de saúde. A ação conjunta de todos os envolvidos deverá resultar no acesso da população a serviços de saúde eficientes e de boa qualidade; para isso, o processo de trabalho nas UBS deve estar pautado nas necessidades de saúde da população, baseado na responsabilidade compartilhada entre o usuário e o profissional, em qual o primeiro é parte ativa desse processo (SÃO PAULO, 2014).

Quando questionados sobre a facilidade de acesso aos serviços de saúde, a fala dos usuários reflete a existência de um desequilíbrio entre a oferta de serviço e a demanda que o procura, pois, mesmo a distribuição geográfica das unidades tendo facilitado o acesso, a oferta dos serviços parece não ser suficiente às necessidades da população, uma vez que o agendamento da consulta pode ser para meses depois do pretendido pelos usuários. A promoção da saúde deve ser estimulada sem excluir a necessidade das atividades curativas (MARIN *et al.*, 2013).

Um novo modelo de assistência à saúde, centrado no usuário inserido no seu contexto familiar e social, exige que seja repensado um processo de trabalho que objetive a qualidade da atenção à saúde, na perspectiva de promover o empoderamento tanto do usuário como da equipe de saúde. Esse processo está orientado pelo princípio da integralidade e requer como ferramentas: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a humanização dos serviços e a criação de

vínculos entre usuário-comunidade-equipe de saúde estruturada no trabalho em equipe, que deve propor um projeto comum em que a atuação específica de cada profissional se complemente e possa construir uma ação de interação entre os trabalhadores e usuários (SÃO PAULO, 2014).

Na ESF a coordenação ou gerência da UBS geralmente é realizada pelo profissional enfermeiro, pois muitas vezes o médico e o dentista ficam restritos às atividades do atendimento curativo de consultório, centrado no modelo biomédico. O enfermeiro delega funções, distribui tarefas, mas fica responsável pela maior parte da burocracia e do trabalho administrativo, sendo as propostas discutidas por todos os profissionais até entrarem em consenso. Na reunião de equipe são discutidos casos clínicos e os problemas encontrados, buscando encontrar a melhor intervenção para resolver o caso (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

O enfermeiro representa a ligação entre a equipe e a SMS, apesar de cada profissional ter atribuições específicas da sua categoria e as atribuições comuns a todos os profissionais; isso gera sobrecarga de trabalho do profissional enfermeiro, uma vez que o mesmo dispõe de menos tempo para exercer suas atividades específicas. É necessário haver uma maior distribuição das atividades comuns como a coordenação da unidade e as atividades administrativas, sendo importante a inclusão de um profissional auxiliar administrativo que se dedique a essa função (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

3.2 Saúde Bucal como Política Pública

Ao longo dos anos a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso da população às ações de saúde bucal era extremamente difícil e limitado, condicionando as pessoas a procurarem atendimento odontológico apenas em casos de dor; essa procura tardia associada aos poucos serviços odontológicos fazia com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora, curativista e do cirurgião-dentista com atuação eminentemente clínica, restrita ao consultório odontológico (BRASIL, 2016; LOURENÇO, 2009).

Em dezembro de 2000, por meio da Portaria nº. 1.444 do Ministério da Saúde (Diário Oficial da União 2000; 29 de dezembro), houve um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira, frente aos

alarmantes resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde: PNAD 1998. Rio de Janeiro; 2000), tendo em vista a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a consequente melhoria de seus indicadores epidemiológicos (BALDANI, 2005; BRASIL, 2002; SOUZA; RONCALLI, 2007). Essa portaria previa uma ESB para cada duas ESF (CARVALHO *et al.*, 2004).

Alguns meses após a publicação da Portaria nº. 1444/00 foi publicada a Portaria nº. 267 de março de 2001, com o objetivo de regulamentar e estabelecer o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária, descrevendo os procedimentos a serem realizados pelas ESB (BRASIL, 2001b), bem como os tipos de equipe: Modalidade I, composta por Cirurgião Dentista (CD) e Atendente de Consultório Dentário (ACD), atual Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); Modalidade II, composta por CD, ASB e Técnico em Higiene Dentária (THD), atual Técnico em Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002).

O fato da Odontologia não estar presente desde o início do PSF acarretou prejuízos no processo de integração dos cirurgiões-dentistas com a equipe da ESF, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal (ESB) (BALDANI, 2005; CARVALHO *et al.*, 2004; SOUZA; RONCALLI, 2007). Inserir o CD na ESF não significa apenas acrescentar um profissional na equipe mínima constituída por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), e sim, entender a saúde bucal como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe, numa abordagem multidisciplinar (CARVALHO *et al.*, 2004).

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 673/GM, sugerindo a relação de uma ESB para cada ESF (BRASIL, 2003). No entanto, mesmo orientando uma ampliação na quantidade de ESB, não houve uma equivalência no financiamento dessas novas equipes, deixando para os municípios a responsabilidade sobre esses investimentos. Isso gerou uma dicotomia entre a defesa pela ampliação em número de equipes e os questionamentos sobre a necessidade de maior financiamento que possibilitasse as novas implantações de ESB (SANTOS, 2006).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente, instituindo uma série de medidas com o

objetivo de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. A principal meta do Programa Brasil Sorridente é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços odontológicos oferecidos, reunindo ações em saúde bucal voltadas para pessoas de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros no SUS. As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal, especialmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal na ESF, a ampliação e qualificação da atenção especializada com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD); além disso, foi viabilizada a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a articulação de outras ações intraministeriais e interministeriais (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2016). Houve aumento dos incentivos financeiros da ESB na ESF para ampliar o acesso à AB, resultando em um crescimento de 106% das ESB na ESF entre dezembro de 2002 e setembro de 2004 (BRASIL, 2004a).

As diretrizes da PNSB incentivam que, a fim de melhor identificar os principais grupos para a realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, é necessário conhecer o perfil epidemiológico da população, não apenas com relação às doenças mais prevalentes, mas também quais são as condições socioeconômicas de determinada coletividade, seus hábitos, estilos de vida e suas necessidades de saúde, sem deixar de identificar a disponibilidade dos serviços de saúde locais que podem e devem ser prestados à população (BRASIL, 2004b).

A inserção da saúde bucal na ESF foi pensada como uma alternativa para descontinuação dos clássicos modelos de assistência à saúde bucal fundamentados na cura de doenças, no uso de tecnologias duras e no biologicismo. A ESF visa renovar o sentido programado desses modelos, uma vez que não somente associa os ideais da vigilância à saúde baseados no cuidado integral, mas também possui como foco de suas ações a busca ativa de famílias, as quais são destacadas como o primeiro contato social do indivíduo (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Farias e Sampaio (2010) analisaram a integração entre as ESB e as EqSF sob a ótica da interdisciplinaridade dos saberes e da integralidade do cuidado, constatando quesitos que facilitam ou dificultam essa integração. Os resultados do

estudo revelaram que a integração ainda é incipiente, devido a problemas estruturais, à persistência da prática centrada no atendimento clínico individual e fragmentado, à inexistência de planejamento das ações ou discussão interdisciplinar de um projeto terapêutico comum e à falta de compromisso com a produção e gestão do cuidado.

As diretrizes da PNSB orientam uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, sendo o cuidado o eixo de reorientação desse modelo, proporcionando uma concepção de saúde não apenas centrada na doença ou no atendimento aos doentes, e sim, na promoção de uma vida com qualidade e intervenção direta nos fatores que a influenciam; isso é possível por meio da utilização de ações planejadas e programadas de forma abrangente e com associação de ações intersetoriais, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de serviços especializados, assegurando a integralidade da atenção e garantindo as ações de saúde bucal como parte de uma atenção básica articulada com toda a rede de serviços (BRASIL, 2004b).

O Ministério da Saúde definiu as características atribuídas às ESB após a implantação das mesmas na ESF, podendo ser citadas: adscrição da população, integralidade da assistência, articulação entre os serviços de referência e contrarreferência para média e alta complexidade, foco de abordagem na família, humanização do serviço, abordagem multiprofissional, desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, intersetorialidade, estímulo à participação e ao controle social, educação permanente dos profissionais, monitoramento e avaliação permanente das atividades desenvolvidas (BRASIL, 2017).

O foco no cuidado possibilita ações e serviços de forma mais humanizada, ajudando os trabalhadores de saúde a desenvolverem nos usuários a autonomia e a responsabilidade pela sua saúde. A aproximação com população é algo fundamental para a construção de uma relação de confiança, vínculo e conhecimento da realidade em que cada pessoa e sua família vivem para que, a partir disso, possam ser realizadas ações que sejam mais eficazes e resolutivas para cada problema apresentado; tem-se que conhecer cada indivíduo, o meio em que ele vive, suas condições socioeconômicas, cultura, crenças, concepções, hábitos e fragilidades que podem interferir significativamente no cuidado com a sua saúde. O vínculo é o resultado positivo do acolhimento e da qualidade da resposta recebida

pelo usuário (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; BRASIL, 2004b; GONÇALVES *et al.*, 2010).

A PNSB recomenda que, para que haja uma maior resolutividade do serviço, 75% a 85% da hora clínica do cirurgião-dentista seja destinada à consulta com tempo suficiente e adequado à complexidade do tratamento, dispondo de 15% a 25% do tempo restante para o planejamento e a execução de outras atividades, enfatizando que as atividades educativas e preventivas em nível coletivo devem ser realizadas preferencialmente pelo pessoal auxiliar, cabendo ao cirurgião-dentista planejar, organizar, supervisionar e avaliar tais ações (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2018). Para a superação do modelo biomédico a PNSB propõe que o atendimento odontológico, assim como as ações da atenção básica, esteja alicerçado no atendimento por linhas de cuidado e por condições de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, como a saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso; já a segunda propõe a atenção por condição de vida como a saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos (BRASIL, 2004b).

A assistência odontológica pública no Brasil tem se voltado quase que exclusivamente aos serviços da atenção básica diante da grande demanda reprimida que ainda apresenta, uma vez que mesmo com um aumento no número de implantações de CEO e LPDR a partir de 2009, os serviços especializados da atenção secundária e terciária não acompanharam o crescimento da oferta de serviços odontológicos básicos (AZEVEDO; COSTA, 2010; BRASIL, 2004a; LOURENÇO, 2009; PIMENTEL *et al.*, 2010). A ampliação da implantação dos CEO e dos LPDR se deu por meio da Portaria nº 2.373, de 7 de outubro de 2009, que permitiu que os gestores municipais e estaduais credenciassem quantos estabelecimentos fossem necessários à demanda populacional, de acordo com a disponibilidade financeira do Ministério da Saúde, além de poderem implantar esses serviços com recursos próprios (BRASIL, 2009a).

A experiência do cirurgião-dentista na ESF não conseguiu modificar as formas de atuação profissional e o que se observa é a multiplicação de práticas mutiladoras, tradicionais, fragmentadas e isoladas. A exigência da carga horária semanal de 40 horas nem sempre é cumprida; isso ocorre devido à falta de compromisso do profissional com o seu trabalho e de controle da gestão sobre as atividades desenvolvidas. A falta de capacitação na área de saúde coletiva ocorre

porque os profissionais geralmente pensam na atuação em saúde pública como um vínculo temporário, sendo necessário motivar esses profissionais a refletir e repensar suas práticas, estimulando a educação permanente e o monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006; SOUZA; RONCALLI, 2007). A necessidade do uso de tecnologias duras nem sempre disponíveis na atenção básica, as relações de trabalho informais e precárias, a baixa remuneração, a jornada de trabalho de 40 horas, a falta de recursos humanos e ações interdisciplinares na equipe são outros fatores que dificultam o trabalho do cirurgião-dentista no setor público (LOURENÇO, 2009; MATTOS *et al.*, 2014; SOUZA; RONCALLI, 2007).

A mudança nos processos de trabalho representa um dos maiores desafios para a EqSF e ESB na ESF (FARIAS; SAMPAIO, 2010; PIMENTEL *et al.*, 2010; SOUZA; RONCALLI, 2007), para que possam trabalhar centrados no usuário e em suas necessidades, comprometidos com a produção e a gestão do cuidado e produzindo vínculo, integralidade e resolubilidade (FARIAS; SAMPAIO, 2010). É necessário que o trabalho do cirurgião-dentista seja realizado de forma integrada e ampliada, motivando os profissionais a redefinirem suas práticas, trabalhando a interdisciplinaridade e a intersetorialidade e estimulando a educação permanente, com monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007).

Muitos cirurgiões-dentistas e gestores entendem ações intersetoriais como a realização de mutirões e atividades preventivas na unidade ou ainda a educação e a prevenção em saúde bucal realizada em escolares, por meio de palestras, escovação bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor, sem critérios para a sua realização, sem controle da sua eficácia e sem compreender a magnitude das ações que podem ser realizadas quando são articulados variados setores com objetivos comuns. Mais importante do que realizar ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal é realizá-las de forma racional, com monitoramento e avaliações periódicas que verifiquem a sua efetividade (PIMENTEL *et al.*, 2010; SOUZA; RONCALLI, 2007).

3.3 Implantação coletiva em Saúde Bucal: uma missão necessária

Desde o início da consolidação do SUS foram encontradas diversas formas de compreender a realidade e encontrar soluções para os problemas de saúde bucal, o que confirma a importância da descentralização da atenção e do trabalho local, realizado por cada equipe da ESF. Qualquer proposta de intervenção em saúde deve necessariamente observar, apreender a realidade daquele espaço social, objetivando conhecer o indivíduo na sua essência, nos vínculos e redes sociais que o constroem e modificam diariamente; somente após esse aprofundamento é possível definir as reais necessidades das pessoas, suas dificuldades, sua coletividade e propor uma transformação do modelo de vida em sociedade para conseguir uma saúde bucal de qualidade, o que interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas, uma vez que se deve promover uma atenção universal, integral e equânime (CORDÓN, 1997).

Para a inserção da saúde bucal como parte fundamental da ESF não basta apenas democratizar os recursos e/ou eleger ações prioritárias; é necessária uma reforma administrativa em nível local e a busca de inovações e parcerias com outros setores, com ações que possam verdadeiramente contribuir para a transformação da sociedade. Os profissionais de saúde bucal devem proporcionar condições objetivas e subjetivas para que as famílias com todas as suas interações sociais tenham autonomia no processo de construção da sua saúde. O cirurgião-dentista tem de conhecer o território, ser crítico e criativo e acompanhar as mudanças sociais que acontecem no espaço em que desenvolve sua atividade profissional (CARVALHO *et al.*, 2004; CORDÓN, 1997).

Para a construção de uma agenda coletiva em saúde bucal é necessário abranger três fatores: as ações de colaboração e atuação na organização, capacitação e politização social; as ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção coletivas; as ações reabilitadoras dos danos já existentes. Isso representa um grande desafio, uma vez que envolve a transformação na organização das práticas, passando de um modelo assistencial, paternalista e viciado para um modelo de atenção à saúde com corresponsabilidade, participante e democrático (CORDÓN, 1997).

Para iniciar a construção de uma agenda em saúde bucal deve ser feito o diagnóstico do território com a participação da população em todas as fases do

processo a fim de compreender os principais problemas de saúde bucal locais. Uma vez definidos os problemas, devem ocorrer discussões nos conselhos locais de saúde, visando orientar a construção de uma agenda que atenda às necessidades daquela população de acordo com as vulnerabilidades sociais, estabelecendo metas que devem ser cumpridas a curto, médio e longo prazo, de acordo com as necessidades e urgências identificadas no diagnóstico situacional (CARVALHO *et al.*, 2004; CORDÓN, 1997).

A utilização de levantamento epidemiológico permite identificar os grupos e indivíduos mais vulneráveis ao risco de adoecer; os achados devem ser discutidos junto à comunidade, incentivando a participação social, principalmente considerando suas opiniões no que concerne à melhoria do acesso aos serviços de saúde, permitindo o empoderamento da população e, conseqüentemente, diminuindo as fragilidades ainda tão presentes no controle social ao passo em que se fortalecem os conselhos locais, municipais, estaduais e nacional de saúde (PIMENTEL *et al.*, 2012; TAVARES *et al.*, 2013). A maioria das equipes de saúde não possui participantes nas reuniões dos conselhos de saúde e nem se reúne com a comunidade para discutir temas sobre o funcionamento do SUS e cidadania, assim como a própria população não participa do planejamento do trabalho das ESB (PIMENTEL *et al.*, 2012).

Carvalho *et al.* (2004) sugerem que a programação das ações de saúde bucal deve contemplar todas as faixas etárias de modo a verdadeiramente intervir na realidade de saúde das famílias. Devem-se priorizar as ações educativas e preventivas, uma vez que as mesmas são de baixa complexidade e atingem um maior número de pessoas. Para um efetivo planejamento das ações é necessário primeiramente responder alguns questionamentos básicos, como o que será feito, onde será feito, quem participará e quais serão os métodos de execução do trabalho. Elencam ainda alguns itens considerados importantes no planejamento:

- Busca de estratégias para o desenvolvimento do processo de trabalho a partir da microárea de intervenção ou espaços de atuação;
- Eleição de espaços sociais para atuação da ESB: unidade de saúde, domicílio, escolas, creches, instituições e associações;
- Organização por equipe multiprofissional incluindo a participação da comunidade;
- Inserção da ESB nos grupos específicos de atenção coletiva desenvolvidos dentro e fora da UBS (gestantes, hipertensos, diabéticos, escolares, etc...);

- Participação da comunidade no desenvolvimento compartilhado da intervenção, estimulando a autonomia, o autocuidado e a coresponsabilidade;
- Definição de turnos para atividades de planejamento e reuniões de equipe;
- Elaboração de capacitação dos agentes de saúde, dos promotores e multiplicadores;
- Forma de organização da demanda:
 - Atenção à livre demanda;
 - Atenção às urgências;
 - Atenção programada;
 - Manutenção ou retorno programado;
- Organização de referências locais e regionais para níveis crescentes de complexidade na atenção, garantindo formas de contra-referência;
- Utilização de instrumentos de monitoramento e avaliação. (CARVALHO *et al.*, 2004, p. 179).

Uma das características da organização do trabalho da ESB na ESF é compreender que existem níveis de complexidade que exigem que haja uma programação da agenda de trabalho. Para isso é necessário realizar o acolhimento de todas as pessoas que buscam a unidade, independentemente do diagnóstico, da urgência, do nível de complexidade ou da percepção profissional sobre o caso, pois todo indivíduo deve ter suas necessidades ouvidas e acolhidas (CARVALHO *et al.*, 2004).

O acolhimento é uma tentativa de se construir uma nova prática em saúde, uma vez que envolve relações comunicativas, recebendo o usuário que procura o serviço com uma escuta qualificada, respondendo adequadamente todas as necessidades do usuário e em todas as fases do percurso deste na UBS ou nos encaminhamentos necessários, garantindo integralidade, direito a retornos e alta do tratamento. Só existe acolhimento quando há escuta, diálogo e interesse na queixa que o outro apresenta, viabilizando a corresponsabilização a fim de promover um cuidado mais adequado (BRASIL, 2009b; SANTOS *et al.*, 2007).

O acolhimento quando associado ao vínculo do profissional com a comunidade é capaz de garantir um verdadeiro reordenamento dos processos de trabalho na unidade de saúde, mas vale ressaltar que qualquer mudança no modelo de assistência pública de saúde bucal só pode ser alcançada por meio dos esforços de uma política de transformação e de reformulação com a saúde bucal articulada à saúde geral e com efetivas atividades intersetoriais (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; CARVALHO *et al.*, 2004).

Em muitas UBS o acolhimento tem produzido incômodos e restrições que se manifestam no meio da relação entre profissional e usuário, uma vez que gera uma sobrecarga de trabalho para o CD e insatisfação do usuário com a organização da demanda de atendimento e conseqüente falta de acesso ao serviço de saúde bucal. Muitas vezes a resolução deste problema está para além das possibilidades do profissional, pois depende de condições estruturais e físicas do próprio sistema de saúde. O acolhimento e o vínculo são importantes instrumentos na humanização do atendimento que, por tanto tempo, foi concentrado apenas na doença, esquecendo o sujeito e seus fatores psicossociais e culturais, fundamentais na determinação do diagnóstico e melhor plano terapêutico (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

O acolhimento da demanda espontânea é necessário, porque primeiro, todos os usuários têm o direito de ter suas queixas ouvidas, acolhidas e reconhecidas como legítimas; segundo, porque a AB deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas demandados pela população, tanto os programados, como aqueles que são imprevisíveis; terceiro, porque o acolhimento ao usuário em seu sofrimento permite uma maior aproximação com o profissional, a criação e o fortalecimento do vínculo entre estes. O acolhimento deve funcionar como um facilitador do acesso e não um excludente de usuários que procuram o serviço de saúde (BRASIL, 2013b).

Nuto *et al.* (2010) realizaram um estudo em Fortaleza-CE a fim de demonstrar a importância do acolhimento com classificação de risco para a construção de uma agenda de atendimento odontológico eficaz e resolutiva. Os usuários que desejavam atendimento odontológico deveriam participar das atividades para a classificação de risco, o que definia o agendamento por prioridades e a quantidade de consultas necessárias até a finalização do tratamento; já os que apresentavam necessidade de urgência eram prontamente atendidos. Esta forma de organização da demanda desenvolveu habilidades de escuta qualificada da população, readequação da agenda odontológica, ampliação do vínculo com a comunidade e desenvolvimento de um espaço democrático para o desenvolvimento de atividades de prevenção e educação em saúde, ampliando o acesso ao serviço odontológico.

Em seu estudo, Santos e Assis (2006) perceberam que o maior gerador de conflito é marcação de consulta em saúde bucal, onde várias tentativas já foram

realizadas com o objetivo de promover a universalidade e a equidade na atenção, contudo ainda são observadas filas organizadas por ordem de chegada, sendo corroborado pelo estudo de Azevedo e Costa (2010).

A demanda espontânea ou demanda livre é caracterizada por pessoas que buscam atendimento por sua própria vontade. Em casos de urgência o usuário é encaminhado ao pronto atendimento ou deve ser agendado em casos de necessidade de tratamento. Já a demanda programada ou organizada é caracterizada pelo agendamento de acordo com as vulnerabilidades identificadas no diagnóstico situacional, sem excluir quem necessita de demanda espontânea. Os pacientes com tratamento clínico concluído devem ser agendados para consultas periódicas de manutenção e orientados para o autocuidado. As ações coletivas podem ser planejadas e iniciadas pelo cirurgião-dentista e continuadas pelo pessoal auxiliar e ACS (CARVALHO *et al.*, 2004).

As ações programadas de assistência devem considerar o risco de adoecimento, seja ele individual ou familiar. A avaliação com classificação ou estratificação de risco permite que o serviço de saúde estabeleça como critério para definição de prioridade no atendimento o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento – individual, familiar, social e não mais a ordem de chegada à unidade, por isso, deve ser realizada por profissional de saúde que seja capaz de identificar os usuários que necessitam de atenção priorizada; é recomendado que o usuário espere o menor tempo possível para o seu atendimento, visando diminuir evasões e absenteísmos. Esses aspectos exigem revisão constante da agenda odontológica, a fim de evitar a divisão da agenda por aspectos clínicos, problemas de saúde ou ciclos de vida (BRASIL, 2018).

A programação deve ser elaborada e desenvolvida pelos cirurgiões-dentistas, assim como a realização das ações que dispõem de maior suporte técnico, administrativo e financeiro, uma vez que geralmente apenas os protocolos de atendimento são desenvolvidos pelos dentistas juntamente com a coordenação de saúde bucal, o que representa um aspecto negativo, pois condiciona a existência das ações e dos programas à permanência do profissional no município e, principalmente, ao estímulo que ele tenha para desenvolvê-las. Não são propostas institucionalizadas e integradas ao sistema de saúde dos municípios, mas de iniciativas pessoais e isoladas dos profissionais (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Percebe-se a falta de acompanhamento, supervisão e avaliação das ESB pela coordenação de saúde bucal, uma vez que as reuniões de planejamento e monitoramento das atividades são inconstantes e acabam por gerar ações fragmentadas e individualizadas em saúde bucal. A coordenação de saúde bucal tem a função de organizar o modelo de atenção à saúde bucal do município e orientar as ESB quanto aos seus deveres, responsabilidades e cumprimentos dos princípios e diretrizes do SUS na ESF (PIMENTEL *et al.*, 2012).

O cuidado em saúde bucal exige uma equipe de trabalho que se relacione com os usuários e que participe da gestão dos serviços. A demanda espontânea significa uma gestão sem planejamento e a reorganização dos processos de trabalho garante equidade e integralidade das ações. A agenda é um recurso que permite otimizar o tempo, priorizar e programar a atenção com base na análise das necessidades de saúde bucal da população; promove a organização da rotina de trabalho, o compartilhamento da responsabilidade pelos resultados e possibilita o acesso aos serviços de saúde com equidade (BRASIL, 2018; MELO *et al.*, 2016).

Melo *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa-ação com o objetivo de avaliar a implantação de uma agenda de atividades para a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal. Os entrevistados relataram dificuldades na construção, uma vez que cada dentista foi adequando sua agenda de atividades sem uma discussão com a gestão para adequar às necessidades do município. O problema foi levado ao CMS pelos conselheiros locais, estimulando a coordenação de saúde bucal a se reunir com as equipes para elaborar uma nova proposta e, assim, não houve mais reclamações da população sobre a falta de vagas para os dentistas. A agenda apresentada foi construída e executada pela equipe de saúde bucal a partir do conhecimento do território de abrangência, do perfil populacional, diagnóstico das necessidades existentes, parâmetros e histórico da produção. A maioria dos profissionais sentiu dificuldade em seguir a agenda devido à alta demanda, mesmo reconhecendo sua importância e aplicabilidade.

A organização das práticas em saúde bucal conduz a uma discussão polêmica sobre concluir ou não o tratamento individual, ou seja, concluir todas as necessidades que cada usuário apresenta dentro do que pode ser resolvido na AB ou realizar somente os problemas demandados em cada consulta. O tratamento por demanda permite uma maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços; no entanto, gera um ciclo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por desencadear

a permanência dos usuários por mais tempo no serviço, sem a garantia de que finalizarão seu tratamento, o que pode ocasionar perdas dentárias ou recorrências nos dentes já tratados devido à demora na conclusão do tratamento, havendo a necessidade de uma nova intervenção (GONÇALVES, *et al.*, 2010; SANTOS; ASSIS, 2006).

A integralidade se manifesta por meio de tecnologias relacionais como o acolhimento, no qual o indivíduo é recebido, ouvido e sua demanda é atendida de acordo com a necessidade, incluindo recepção, atendimento clínico, encaminhamento, retorno, remarcação e alta (BRASIL, 2009b; SANTOS; ASSIS, 2006). A ESB deve estar preparada para acolher os usuários e perceber quem deve ser priorizado, abandonando a cultura do critério por ordem de chegada (BRASIL, 2009b; SANTOS, 2006).

Vale ressaltar que nem sempre é possível curar ou resolver os problemas apresentados pela população, porém sempre é possível acolher, cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro, uma vez que um indivíduo adocece como um todo e algo que parecia simples pode estar afetando diversos setores da vida dele, além de envolver as pessoas com quem convive, tornando o sofrimento compartilhado, mesmo que não dividido. Devido isso, percebe-se a necessidade de trabalhadores sensíveis e humanizados, com uma nova ética na saúde (SANTOS; ASSIS, 2006).

A determinação de metas, quantidades e tipo de atividades a serem desenvolvidas não estabelece uma limitação da prática do cirurgião-dentista, e sim, propõe que as ações sejam mais programadas e melhor planejadas, baseadas em levantamentos epidemiológicos e em estudos que relatem experiências exitosas. Essa organização do serviço possibilita uma maior participação das coordenações na construção do processo de trabalho das ESB, por meio de acompanhamentos e avaliação compartilhada (REIS; HORTALE, 2004).

Segundo Santos (2006), faz-se mister considerar-se que não existem fórmulas, existem caminhos possíveis de superação das filas, existem construções de acesso aos serviços que precisam ser amplamente discutidas nas localidades por conta das diferenças em cada microespaço. Atualmente, podem-se encontrar, sinteticamente, as seguintes modalidades de acesso:

1. Urgências – nos casos de dor, traumatismo, infecções, hemorragias, dentre outros;

2. Encaminhamentos internos – trabalhadores da própria unidade fazem a solicitação para o atendimento;
3. Agendamento de crianças – realizado nas escolas após triagem realizada pelo CD ou pelo ACS;
4. Agendamento nas microáreas – realizado pelo ACS (idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais, portadores de patologias crônicas);
5. Livre demanda – busca pelo serviço baseado na necessidade percebida pelo usuário, através de “fichas” de atendimento em dias programados na unidade;
6. Retornos programados – após a primeira consulta, o CD faz um apazamento para o retorno, baseado na necessidade ou risco do usuário;
7. Levantamento de necessidades em reuniões coletivas;
8. Outros – encaminhamentos externos (Secretaria de Saúde, contrarreferência, outros serviços de saúde), “favorecimento de conhecidos” (SANTOS, 2006, p. 6).

Após estabelecer o melhor método para as marcações de consulta é interessante a ESB ofertar diferentes turnos de atendimentos clínicos de forma a ampliar o acesso de todos os grupos populacionais (BRASIL, 2018; GONÇALVES, *et al.*, 2010; SANTOS, 2006). Além disso, é prudente realizar o agendamento por hora marcada ou por bloco de horário, visando minimizar o tempo de permanência do usuário na unidade (SANTOS, 2006). As visitas domiciliares são um instrumento importante na aproximação do profissional com a realidade do usuário e da comunidade; no entanto, ainda existem muitas limitações dessa prática como a dificuldade de transporte para os profissionais e uma melhor divisão da agenda de trabalho do cirurgião-dentista (PIMENTEL, *et al.*, 2012; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

O relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005) ressalta a importância da criação de protocolos e projetos terapêuticos que respondam às necessidades essenciais de cada grupo populacional e que sejam cientificamente validados para uma uniformização das condutas de atenção e assistência em saúde bucal, de modo a organizar os processos de trabalho das ESB na ESF.

As práticas curativas e reabilitadoras concentradas ao longo dos anos podem e devem ser resolvidas a partir da implementação de estratégias de organização do serviço local, por meio de negociações entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema, sendo elaborados mecanismos de atendimento na unidade de saúde da família, bom senso para a realização de visitas domiciliares e para as atividades coletivas (promocionais e preventivas), resultando em corresponsabilização e controle social (SANTOS *et al.*, 2007).

O trabalho da ESB ainda é um desafio devido à inserção tardia na ESF e devido à população acreditar que deve ser restrito ao consultório odontológico. A proximidade dos usuários com os serviços de saúde e com os profissionais evidencia como o direito à saúde se expressa no cotidiano das pessoas. O planejamento dos serviços é importante para conferir direcionalidade às ações, às tomadas de decisões, racionalização de procedimentos e rotinas. A agenda é singular, pois depende da realidade local, ressaltando a importância da participação do gestor, uma vez que uma agenda construída de acordo com os princípios e diretrizes do SUS proporciona maior reorganização dos processos de trabalho, promovendo a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal (MELO *et al.*, 2016).

A agenda de saúde bucal quando bem planejada possibilita uma reorganização do processo de trabalho para a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal, uma vez que resulta de um planejamento participativo, com as prioridades definidas de acordo com a situação epidemiológica e diagnóstico do território (MELO *et al.*, 2016).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

O estudo consistiu numa pesquisa sob abordagem qualitativa, com finalidade do tipo intervenção pedagógica, que buscou reestruturar o processo de trabalho em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do município de Coreaú-CE, a partir da construção de uma agenda compartilhada.

Segundo Chizzoti (2010), a abordagem qualitativa compreende que o conhecimento não se limita a um grupo de informações isoladas e aglutinadas por algum princípio que as elucidam. O sujeito observador é elemento fundamental do processo de construção do conhecimento, adotando um comportamento interpretativo diante dos fenômenos observados, conferindo sentido aos mesmos.

Damiani *et al.* (2013) definem a intervenção pedagógica como uma pesquisa que abrange o planejamento e a execução de mudanças determinadas a promoverem aperfeiçoamentos e melhorias das práticas, com consequente avaliação dos resultados dessas transformações, baseada na Teoria Histórico-Cultural da Atividade (coleção de ideais desenvolvidos por um grupo de psicólogos russos revolucionários liderados por Lev Vygostky, entre os anos 1920 e 1930). É caracterizada como uma pesquisa aplicada, pois tende a produzir um impacto na prática, contribuindo com a solução de problemas do cotidiano. Conta com dois componentes metodológicos: interventivo, que é a intervenção propriamente dita, exigindo planejamento, criatividade e diálogo com a teoria, e o componente investigativo ou avaliação da intervenção, que deve ser detalhadamente descrita, a fim de efetivar e validar a pesquisa como uma investigação; devem ser analisados os efeitos provocados sobre os participantes e os achados relacionados à avaliação da intervenção, descobrindo quais foram as mudanças que provocaram esses efeitos nos participantes.

4.2 Campo de estudo

O município de Coreaú está localizado na microrregião de Sobral, mesorregião do Noroeste Cearense, com área territorial de 775.746,00 km². Segundo dados do IBGE, sua população estimada em 2017 foi de 23.107

habitantes. O município possui quatro distritos, além da Sede: Araquém, Aroeiras, Canto e Ubaúna, tendo como limites geográficos os municípios de Alcântaras, Frecheirinha, Moraújo, Mucambo, Sobral e Tianguá (IBGE, 2017).

A atividade econômica no município está baseada na agricultura (algodão arbóreo e herbáceo, milho, feijão e mandioca), na pecuária (bovino, suíno e avícola), no comércio e nos vínculos empregatícios com a Prefeitura. O município possui ainda cinco indústrias: uma de extrativa mineral, duas de produtos alimentares, uma de construção e uma de produtos minerais não metálicos (COREAÚ, 2018).

O sistema de saúde municipal conta atualmente com 11 Equipes de Saúde da Família e seis Equipes de Saúde Bucal, atendendo a uma população de aproximadamente 23 mil habitantes (BRASIL, 2018). O sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal apresenta pactuação com o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral, sendo os encaminhamentos em atenção secundária realizados para o Centro de Especialidades Odontológicas Regional (CEO-R) de Sobral Reitor Ícaro de Sousa Moreira, contando com aproximadamente 25 vagas mensais divididas nas seguintes especialidades: Cirurgia Oral Menor/Estomatologia (5 vagas), Endodontia (12), Odontopediatria (1), Ortodontia (1), Periodontia (2), Prótese e Oclusão/Dor Orofacial (2), Pacientes com Necessidades Especiais (2), sendo que há três anos foram suspensos os encaminhamentos de toda a região para o serviço de Ortodontia, devido à superlotação deste.

As vagas são preenchidas de acordo com a disponibilidade no sistema de marcação de consultas, uma vez que pode haver variação dessas quantidades; são marcados por ordem de data de solicitação ou por prioridades, dependendo de cada caso; podem ainda ser solicitadas cotas extras para casos extremos. No mês de agosto de 2018 havia 890 fichas de referência na Secretaria Municipal de Saúde de Coreaú aguardando marcação para o CEO-R de Sobral. Quando é realizada a marcação com liberação do boleto para o usuário, este assina um livro de protocolo de recebimento para evitar quaisquer transtornos.

A principal fonte de acesso da população aos serviços de saúde bucal ainda é por procura desta diretamente na UBS ou por marcação pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e as principais demandas são os procedimentos básicos de exodontias, restaurações cavitárias, remoção de cálculo dental, profilaxia e aplicação de flúor gel. Os critérios de marcação são elencados por cada cirurgião-dentista, sendo que alguns priorizam o atendimento por ciclos ou condições de vida,

como gestantes, escolares, hipertensos e diabéticos. A maior quantidade de encaminhamentos é para as especialidades de cirurgia oral menor, endodontia e prótese dentária; o município conta ainda com os serviços do LRPD, o que diminui os encaminhamentos para esta especialidade no CEO-R.

4.3 Participantes do estudo

A pesquisa foi realizada com os profissionais de saúde bucal e a coordenação de saúde bucal do município de Coreaú. Atualmente, o município de Coreaú conta com 11 Equipes da Estratégia de Saúde da Família e seis Equipes de Saúde Bucal. Participaram da pesquisa, após o consentimento, cinco cirurgiões-dentistas, cinco auxiliares de saúde bucal e uma coordenadora de saúde bucal.

O critério de inclusão utilizado foi o cadastro dos profissionais nas Equipes de Saúde Bucal e Coordenação de Saúde Bucal do município de Coreaú. Já os critérios de exclusão deste estudo foram a não aceitação em participar da pesquisa ou o desligamento do serviço de saúde municipal.

4.4 Método de coleta e análise das informações

Para a coleta de informações foi utilizada a técnica do grupo focal (GF) (Apêndice B) com observação direta dos participantes, contando com o auxílio de um roteiro com quatro questões norteadoras; o GF permitiu a participação individual de cada um, contribuindo para a discussão coletiva e aprofundamento de consensos e divergências; e entrevista semiestruturada que utilizou o mesmo instrumento do grupo focal.

Inicialmente foi solicitada uma carta de anuência assinada pelo Secretário Municipal de Saúde de Coreaú, na qual o mesmo concordou com a realização desta pesquisa no município. Após isso, foi solicitado o agendamento de uma reunião com a Coordenação de Saúde Bucal e as ESB do município, a fim de serem esclarecidos os objetivos e métodos da pesquisa.

A coleta das informações foi dividida em cinco momentos: No primeiro momento, ainda nesta reunião inicial, após esclarecimentos sobre a pesquisa e de acordo com o aceite, foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

No segundo momento, em seguida à assinatura dos termos, foi realizado o grupo focal com 10 dos 11 participantes, uma vez que um deles teve que se ausentar por motivos pessoais. No grupo focal foi realizada observação direta dos participantes e registro em diário de campo, a fim de identificar aspectos relevantes para a organização dos processos de trabalho do cirurgião-dentista na ESF, sendo elencados: a forma de acolhimento, horário de realização das atividades, vínculo profissional-usuário, demanda e oferta dos serviços prestados, quantidade de materiais e insumos necessários e disponíveis, funcionamento e sistematização da unidade e organização das referências e contrarreferências.

Todos os encontros para a realização da pesquisa foram realizados na sala de reuniões do Centro de Saúde da Família Dr. Manoel Carneiro de França, na sede do município, pois este foi o único local disponibilizado para tais ações.

O GF iniciou com uma dinâmica de acolhida realizada pela pesquisadora e facilitadora. A dinâmica tratava de uma ciranda da apresentação, onde cada participante pôde se apresentar e revelar um sentimento que o motivou a participar da pesquisa. Em seguida, deu-se início ao GF propriamente dito com discussão das perguntas norteadoras (apêndice B) e duração aproximada de uma hora e meia, sendo adotado o critério de saturação das falas, ou seja, quando os depoimentos são repetitivos e previsíveis, significando apreensão do sentido dos argumentos (VEIGA; GONDIM, 2001); o momento foi gravado em áudio, após a aprovação dos participantes.

O objetivo do GF foi esclarecido logo na abertura do encontro, apontando os questionamentos principais que nortearam a discussão. Em seguida, realizou-se uma breve apresentação dos participantes, especificando as regras básicas de funcionamento do GF e qual o papel do moderador na condução dos trabalhos (TRAD, 2009). Gondim (2002) apresenta um elenco simples de normas para melhor guiar o GF: 1) falar um participante por vez; 2) evitar conversas paralelas, a fim de que todos possam participar do que estiver sendo discutido; 3) expressar livremente suas opiniões; 4) evitar o monopólio da discussão por um ou apenas alguns dos participantes; 5) manter a atenção e a discussão centradas no assunto abordado.

O diário de campo correspondeu ao terceiro momento para coleta e análise das informações, porém sua utilização foi transversal a todos os momentos de coleta; foi empregado a fim de obter informações por meio da observação direta dos participantes e do campo de estudo, mediante atenção minuciosa de falas,

gestos, comportamentos e atitudes, constituindo um instrumento de registro das observações e informações possivelmente ausentes nas falas. Puderam ser observadas conversas informais entre os participantes e expressões faciais e comportamentais sobre a pesquisa, além de permitir a exposição da subjetividade do pesquisador.

No quarto momento, de acordo com as necessidades de questionamentos ainda persistentes e devido à falta de um dos participantes no GF, foi realizada entrevista individual em profundidade com este participante, em sala reservada para que houvesse sigilo das falas, possibilidade de observação direta do participante e registro em diário de campo. Este momento foi fundamental para agregar maior relevância à pesquisa, uma vez que o participante trouxe elementos novos para discussão e possibilidades de trabalho não relatadas pelos demais. A entrevista foi gravada em áudio, após a aprovação do participante.

No quinto momento, foi solicitada a participação da pesquisadora e dos participantes da pesquisa na reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) com uma pauta sobre o que o controle social pensa a respeito da agenda da saúde bucal, a fim de que os representantes da população fossem ouvidos. Neste momento, foi percebido a recorrência de insatisfação das falas com relação à marcação das consultas odontológicas, as faltas recorrentes de materiais e a demora pelo atendimento. Todos esses aspectos foram registrados no diário de campo e na Ata da Reunião, uma vez que as falas não foram gravadas em áudio.

Para a análise das informações foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo descrita por Bardin (2016) como uma “técnica de pesquisa que oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade”, uma vez que foram interpretadas mensagens nem sempre claramente explicitadas nas entrevistas. Inicialmente foi realizada a transcrição das falas do GF e da entrevista individual; após essa etapa prévia, foi feita uma leitura imparcial destas falas, a fim de selecionar os termos que se ressaltavam; em seguida esses termos ou expressões foram codificados em categorias e verificadas quais categorias apresentavam similaridade que se completavam segundo critérios de relevância e repetição. Somente após todas essas etapas, foi feito o tratamento dos resultados, com inferências e interpretação das informações de acordo com os núcleos de sentido. Todo o material coletado no grupo focal, na reunião do CMS, na entrevista e os registros feitos no diário de campo foram analisados segundo as categorias

escolhidas e em consonância aos valores conferidos aos núcleos de sentido, por meio da triangulação das informações.

Após a obtenção dos resultados, com as interpretações das informações coletadas e já tendo permitido a participação social, foi realizada uma intervenção pedagógica no cenário escolhido, visando uma transformação da realidade local com modificações das práticas; esse tipo de pesquisa envolve o planejamento e a implementação de interferências, buscando mudanças, avanços e melhorias na execução da prática (DAMIANI *et al.*, 2013).

Para tanto, foram realizadas cinco oficinas com os participantes da pesquisa para construção do diagnóstico situacional e posterior construção de uma agenda em saúde bucal que melhor se adequasse à realidade local; a última oficina objetivou avaliar a intervenção realizada. Durante a realização das oficinas a pesquisadora novamente utilizou o diário de campo de modo a registrar as informações e percepções sobre os participantes e criou um marco lógico para uma melhor organização das atividades a serem desenvolvidas (Apêndice C).

4.5 Considerações éticas

Após a autorização da gestão municipal por meio da assinatura da Carta de Anuência, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), por meio da Plataforma Brasil, uma vez que envolveu a participação de seres humanos, devendo ser garantido o respeito à dignidade humana e a proteção aos participantes da pesquisa, sendo aprovado segundo parecer de nº 3.241.911, com CAAE de nº 08612819.4.0000.5053. Foram respeitados os quatro princípios básicos da Bioética, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012): Beneficência, por meio do fato de que este estudo poderá fazer o bem a outrem e que é visado o bem-estar dos participantes; não-maleficência, aonde nenhum mal foi causado intencionalmente; autonomia, na qual foram respeitadas as vontades e condutas dos participantes; justiça, aonde foi garantida a equidade, por meio do reconhecimento das diferenças dos participantes desta pesquisa. Os potenciais riscos desta pesquisa foram a exposição dos participantes a questionarem seus processos de trabalho, o constrangimento de os participantes falarem abertamente na frente dos seus colegas e da coordenadora de saúde bucal

sobre os problemas enfrentados no cotidiano do seu trabalho, e a possibilidade de vazamento das informações discutidas no grupo focal, uma vez que todos os participantes tiveram acesso ao debate; foi ressaltado que os riscos seriam minimizados pela construção de uma nova proposta de trabalho desenvolvida a partir dos resultados da pesquisa, pelo encorajamento dos participantes de que não sofreriam nenhuma retaliação por parte da gestão municipal, que concordou com a realização da pesquisa, foi assegurada a confidencialidade das informações e respeito ao silêncio dos participantes no momento oportuno. Como benefícios pode ser destacado o estímulo à atuação e envolvimento profissional e a contribuição para a construção de Políticas Públicas em Saúde Bucal.

A pesquisa foi realizada seguindo a garantia de preservação dos aspectos éticos: a participação foi voluntária e não obrigatória; as informações coletadas foram confidenciais; após o aceite, caso sentissem algum tipo de desconforto ou prejuízo, poderiam suspender a participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de dano ou punição; a pesquisa consistiu em participar de grupos focais, entrevistas e oficinas.

Após o aceite, os participantes foram convidados a preencher um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente à realização da pesquisa, de acordo com as normas do comitê de ética supracitado e confirmando a sua participação voluntária neste estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes do início desta pesquisa, a forma como era organizada a agenda do cirurgião-dentista do município de Coreaú não era algo priorizado, nem pelas ESB e nem pela gestão, uma vez que cada profissional preenchia a sua agenda de atendimento de acordo com a sua vontade e opinião pessoal; não havia diagnóstico situacional do território com levantamento de prioridades, nem ações coletivas planejadas, nem participação efetiva nas reuniões com as ESF e nem mesmo com as outras ESB.

Alguns profissionais trabalhavam com demanda espontânea diária e sem agendamento, outros utilizavam o agendamento de quem fosse até a unidade em busca de atendimento, mas sem triagem ou classificação de risco, outro já utilizava a triagem com classificação de risco, outros já tinham como base do agendamento a marcação pelo ACS e outro não tinha nenhum controle sobre a agenda, pois esta ficava sob a responsabilidade da recepção da UBS. O que se pode perceber a partir disso é que não havia uma padronização, com monitoramento e avaliação das atividades e nem a participação da coordenação de saúde bucal no momento de escolha de como seria o melhor método de marcação das consultas. Os retornos e tratamentos concluídos não eram priorizados por alguns profissionais, o que acabava por resultar em baixa resolubilidade dos problemas bucais; já outros profissionais garantiam os retornos e tratamentos concluídos, mas a fila de espera pelo atendimento era enorme, o que causava absenteísmos e insatisfação dos usuários.

Desta forma, a partir da escuta dos profissionais de como se dava a organização dos seus processos de trabalho e com os resultados obtidos por meio da análise das informações, foi construída uma proposta compartilhada de agenda para a saúde bucal do município.

5.1 Análise e interpretação dos resultados

Após a análise e interpretação das informações coletadas no grupo focal, na entrevista individual e na reunião do CMS, foi realizada triangulação das informações e definidas quatro categorias, de acordo com os núcleos de sentido.

Uma fragilidade evidenciada nas falas dos participantes foi a falta de um diagnóstico situacional dos seus territórios ou levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal da população adscrita. Além disso, apenas um cirurgião-dentista afirmou realizar classificação de risco da população que busca por atendimento; os demais atendem as queixas dos usuários e não possuem controle total sobre a sua agenda ou sobre o seu território:

“Ninguém aqui faz classificação de risco” (CD6; ASB1; ASB4; ASB5).

“O território lá é muito grande, eu nem conheço” (CD4).

“Eu atendo quem procura” (CD6).

“Eu atendo a queixa da pessoa” (CD1).

“É uma questão até de se fazer o diagnóstico situacional. Talvez eu não conseguisse resultado logo, mas a longo prazo daria pra fazer” (CD2).

“Eu não tenho controle dessa agenda e do território também não” (CD4).

Melo *et al.* (2016) perceberam que o conhecimento do território de abrangência, o perfil populacional e o diagnóstico das necessidades existentes são fundamentais para a realização de atividades realmente necessárias, eficazes e efetivas.

O acolhimento como prática das ações de atenção e gestão da saúde, de acordo com a análise dos processos de trabalho, permite a construção da relação de confiança e compromisso entre as equipes e o serviço de saúde, além do vínculo entre profissionais, usuários e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública fundamental para a população brasileira. O acolhimento não representa um local específico, mas uma postura ética que deve ser adotada por todos os profissionais, compartilhando saberes e angústias. A classificação de risco é um mecanismo que além de organizar a fila por outros critérios que não o por ordem de chegada, dá melhores condições de trabalho e aumenta a satisfação dos usuários (BRASIL, 2009b).

Ao final das falas, foram pontuados aspectos considerados importantes para a construção de uma agenda mais efetiva às necessidades de saúde bucal da população. Dentre eles podemos citar: organização da demanda, garantia de retornos até a conclusão do tratamento, turnos livres para realização de visitas domiciliares, atividades nas escolas, ações coletivas com os pais para educação em saúde.

Um participante citou que a melhor forma de organizar a agenda seria ficando livre para fazer suas escolhas, sem interferências, mas outra colega afirmou que é possível conciliar um trabalho mais organizado a nível municipal, adequando-se à realidade local. O grau de escolaridade dos pais também foi relatado como um entrave à melhoria das condições de saúde bucal, sendo sugerida disponibilidade na agenda a ser construída para realização de atividades educativas com os pais:

“Eu preciso estar livre, sem interferência da coordenação” (CD1).

“A proposta é justamente engessar o sistema, para que todas as equipes trabalhem da mesma maneira” (CD5).

“Mas a gente pode tentar achar um denominador comum, em que todo mundo trabalhe parecido, mas que seja adequada à cada realidade local” (CD2).

“É preconizado que a gente tenha tempo pra fazer visita domiciliar. Ninguém se opõe a fazer, mas às vezes não tem tempo e a população não entende” (CD5).

“Quanto menor o grau de escolaridade da mãe, maior o índice CPO-D” (CD1).

“Tem pais que não tem instrução, ainda mais no interior. Um deles falou que deveria levar o filho ao dentista quando ele sentir dor. Então as pessoas não têm instrução” (CD2).

“Seria interessante também a gente fazer uma ação com os pais, porque educação vem de casa. Tem crianças que não tem condições, não tem nem uma escova em casa” (CD5).

Em seu estudo, Melo *et al.* (2016) identificaram que a maioria dos profissionais sente dificuldade em cumprir a agenda devido à grande demanda. No entanto, mesmo diante desse entrave, todos reconhecem a importância desse instrumento para a reorganização dos processos de trabalho. Outro problema identificado é a dificuldade de a população reconhecer a Odontologia como parte da ESF, o que causa incompreensão diante da ausência no consultório odontológico para a realização visitas domiciliares, atividades coletivas ou educação em saúde com os pais.

A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também ocorrem por meio da realização das visitas domiciliares a usuários acamados ou com dificuldade de locomoção (MELO *et al.*, 2016). Inicialmente as visitas devem ter

caráter de reconhecimento do território, mas depois devem ser restritas aos usuários impossibilitados de se deslocarem até a unidade (SANTOS, 2006).

A agenda deve ser constantemente reavaliada, uma vez que pode haver alterações das necessidades da população, devendo ser adequada à realidade de cada local (MELO *et al.*, 2016).

A inserção da Odontologia na ESF foi citada como um acerto, um ganho para a saúde pública, uma vez que facilitou o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal; no entanto, uma limitação identificada foi a falta de um serviço mais especializado na própria ESF, já que o encaminhamento para o setor secundário de atenção ainda é restrito. Outro aspecto negativo citado foi a não obrigatoriedade de uma ESB para cada ESF, o que acaba sobrecarregando as ESB existentes e dificultando o acesso devido à grande demanda.

Tendo em vista isso, considerou-se inviável trabalhar sem agendamento na atualidade, porque mesmo aumentando a quantidade de profissionais cirurgiões-dentistas, ainda não seria possível suprir a necessidade da demanda por atendimento odontológico:

“A meu ver dá certo, já tá dando certo, porque antes nem tinha, né? E hoje tem e faz tudo, só não faz o serviço mais especializado” (CD3).

“Eu sou pessimista. Você pode colocar 20 ou 30 dentistas aqui que não supre a necessidade” (CD1).

A ressignificação das práticas em saúde bucal propõe modelos que concordem com a integralidade à saúde; os usuários devem ser corresponsáveis pela sua saúde (SANTOS, 2006).

Modificar o modelo de atenção à saúde bucal é algo que só pode ser alcançado mediante a vontade política de mudança e reformulação, vinculada à saúde geral e por meio de ações intersetoriais (CARVALHO *et al.*, 2004).

5.1.1 Organização do processo de trabalho

A marcação de consultas é a maior problemática relatada pelos participantes, uma vez que cada equipe marca seus usuários da maneira que considera mais conveniente. Desta forma, são variados os métodos de marcação na tentativa de organizar a demanda, que ainda é imensa. A fila de espera é grande, às vezes o usuário tem que esperar mais de um mês por atendimento, existem os

encaixes e atendimentos extras, de acordo com as urgências e as queixas apresentadas. Além disso, não existe correspondência entre o número de ESF e ESB, o que gera ainda mais acúmulo de atividades e atendimentos para os cirurgiões-dentistas. A marcação ocorre por agendamento com ou sem classificação de risco, pelo agente de saúde ou por demanda livre. Alguns profissionais relatam que o atendimento diminuiu e organizou a demanda, mas outros se dizem satisfeitos com a sua marcação pelo agente de saúde ou com a própria demanda livre:

Dentro da sede mesmo do distrito estou fazendo agendamento. O pessoal tava indo 3h da manhã. O agendamento diminuiu um pouquinho a demanda. Eu classifico o risco. Quem for de alto e médio risco eu vou agendando. Alto risco eu já coloco pra essa semana ou pra semana seguinte. Baixo risco eu vou agendando pra depois das pessoas de alto e médio risco. Se for de alto risco eu vou encaixando. Pra dentista a demanda é grande, não sei o que é isso que nunca falta (CD3).

Às vezes o paciente vem e só tem vaga para um mês seguinte. Acabava lotando a agenda do mesmo jeito. O agente de saúde às vezes tem marcação. Tem gente que eles não querem dar a ficha. Tem gente que vem toda semana. Eu já tentei marcar um dia de acolhimento, mas chegava esse dia e já tinha 50 pessoas pra marcar. A demanda livre não é resolutive (CD2).

A fila de espera lá tá muito grande. Eu acho que é marcado por agente de saúde também. Eu faço de tudo pra não voltar ninguém. Nem que seja pra dar aquela famosa olhadinha. Peço pra atendente marcar para o mais rápido possível. A enfermeira encaminha a gestante pro consultório odontológico e ela já é atendida no mesmo dia. Coloco a mais. O restante é marcado por agente de saúde (CD4).

Quem mora em localidades o interior até prefere ser marcado por agente de saúde ou por demanda livre. A nossa demanda é imensa, mas a gente tem que tirar um turno, fazer a busca ativa. É preciso pra que depois de 5, 10, 15 anos essa demanda diminua (CD5).

Quando eu estava sozinho no município, eu não podia agendar. Agora estou fazendo a marcação pelo agente de saúde e gosto muito do meu método de marcação. Eu tiro um turno para as grávidas e um turno reservado para demanda livre, mas o ideal é deixar umas vagas de primeira vez e umas para retorno. No dia da demanda livre temos mais casos de exodontias (CD1).

Todo dia eu agendo ou antes do atendimento ou após. Durante o atendimento não é marcado, porque atrapalha o andamento dos atendimentos. Geralmente é mais de 2 pra urgência. Quinta ou sexta eu marco gestantes de manhã. As gestantes não podem esperar muito. Elas já quase não vêm. ACS só marca pessoas da família (CD6).

2 ou 3 dias no mês ela abre vaga pra primeira vez. Todo mês ela define os dias. Os pacientes procuram e a gente orienta sobre os dias. Por agente de saúde não deu muito certo. Foi preferível que o paciente fosse até o PSF marcar (ASB3).

Tem paciente que vem todo dia na demanda livre pra acabar mais rápido. A demanda livre foi a maneira que eu trabalhei que deu mais certo. É bom estipular o horário de chegada (ASB2).

“A gente tem que pensar numa forma de encaixar os retornos. Mesmo que o primeiro acesso tenha sido proporcionado pela agente de saúde, ele precisa ter garantido o tratamento concluído” (CD5).

A triagem com classificação de risco permite uma maior racionalização do fluxo de usuários, organizando a demanda. É necessário que haja planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem realizadas (MELO *et al.*, 2016). O agendamento das consultas é preferível por evitar as filas no setor de Odontologia e as interrupções durante os atendimentos, então, deve-se optar pelo agendamento antes das consultas (NUTO *et al.*, 2010).

A ESB deve acolher os usuários e identificar as prioridades, abandonando o critério de classificação por ordem de chegada (BRASIL, 2009b; SANTOS, 2006). O agendamento deverá ser feito, sempre que possível, por hora marcada ou por bloco de horário, visando minimizar o tempo de espera pelo atendimento na unidade de saúde (SANTOS, 2006).

A continuidade do tratamento odontológico, assegurado pelas consultas de retorno até a finalização do tratamento, ainda é inconstante entre os profissionais questionados. Alguns asseguram os retornos, relatam todos os procedimentos realizados no prontuário clínico do usuário, mas outros afirmam não ter controle sobre isso; outros simplesmente não marcam. No entanto, os participantes confirmam que a não garantia do retorno acaba por proporcionar um desaparecimento temporário do usuário do sistema; por outro lado, tem usuários que procuram por atendimento semanal até que sejam findadas suas necessidades:

“Toda semana tava vindo as mesmas pessoas. Todos os pacientes eu marco retorno” (CD6).

“A gente extrai o dente que tá doendo, depois, daqui a dois anos, ele vem de novo quando estiver com dor. São esses pacientes que somem. Pra mim a dificuldade maior é o retorno, aí o paciente se perde” (CD2).

“Eu anoto tudo no prontuário, a classificação de risco e o que foi feito no paciente. Eu agendo novamente até terminar o tratamento” (CD3).

“Se eu fizer um procedimento hoje e não tentar marcar o retorno, esse paciente já se perde. “Tem outros que vão várias vezes” (CD4).

“Não é marcado retorno para o paciente” (CD1).

Uma vez inseridos dentro do sistema de saúde e iniciado o tratamento, o usuário só deve ter alta após concluir todas as suas necessidades, isto é, seus retornos devem ser garantidos e agendados após cada atendimento (NUTO *et al.*, 2010). Essa atitude permite uma maior resolubilidade dos problemas de saúde bucal da população.

Uma dificuldade encontrada para que haja uma maior quantidade de tratamentos concluídos foi a falta constante de materiais e insumos odontológicos. O profissional se sente desgastado física e mentalmente quando atende uma grande demanda e não possui os materiais e equipamentos necessários para supri-la, tendo que fazer adaptações. Em virtude disso, um profissional relatou quase não concluir os tratamentos, pensando até mesmo que no município esse indicador deixava a desejar. Outra profissional ressaltou que a conclusão dos tratamentos se relacionam à educação em saúde, uma vez que consultas periódicas permitem um maior vínculo com o usuário e mais momentos de instrução de higiene oral. Outros profissionais relataram que, mesmo diante de todas as dificuldades, conseguem ter respostas favoráveis e concluir uma quantidade significativa de tratamentos odontológicos:

“Além do desgaste e da gente trabalhar muito, o material não dá. Chega à tarde às vezes não tem um espelho pra gente atender. Atende todos os pacientes da tarde sem espelho, sem broca, fazendo das tripas coração” (CD2).

“Lá é bem igual. A gente tem muita dificuldade com materiais, mas ela tá conseguindo dar tratamento concluído” (ASB3).

“Eu quase não dou tratamento concluído. Nós temos essa falha aqui. Eu tenho uma grande falha: eu dificilmente concluo um tratamento” (CD1).

“A gente até que tem muito tratamento concluído, porque quando eles puxam o relatório, eles não vão pegar o da sua equipe, é do município todo” (CD5).

“Tenho conseguido boa resposta, boa quantidade de tratamento concluído” (CD6).

Até que agora eu estou conseguindo concluir os tratamentos. E também, até por uma questão de educação em saúde, porque quando a gente conclui o tratamento, a gente consegue ter mais contato com o paciente, dar mais orientação de higiene, e quando ele voltar em seis meses para fazer a limpeza, ele não vai ter cárie (CD2).

As diferentes falas relacionadas à garantia dos retornos e conclusão dos tratamentos retratam como os processos de trabalho eram distintos e sem monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal.

Com a garantia dos retornos continuados, os usuários terão a possibilidade de concluírem seus tratamentos odontológicos e se manterem saudáveis. Após a conclusão do tratamento estes usuários devem ser agendados para acompanhamentos periódicos e orientados para o autocuidado com a sua saúde bucal (CARVALHO *et al.*, 2004).

5.1.2 Educação em saúde

Um fator interessante diz respeito à educação em saúde. Os profissionais relataram interesse na realização dessas ações por meio de atividades nas escolas, escovação bucal supervisionada, palestras e ressaltando até mesmo como um indicador de saúde. Mudar hábitos, sensibilizar, educar pessoas não são tarefas fáceis e nem rápidas, mas que precisam ser realizadas para mudar o panorama de saúde bucal que existe atualmente. A prevenção é sempre a melhor e mais barata opção. Realizar muitos procedimentos curativos e reabilitadores deixa um questionamento de como estão sendo realizadas as ações preventivas e o porquê de elas não estarem sendo efetivas:

Eu me sinto melhor fazendo essas atividades que estando no consultório fazendo exodontias. [...] Porque você mudar a mentalidade de uma pessoa é muito difícil. Eu mostro o inferno, aumento, conto histórias pra fazer vergonha. Eu tenho certeza que depois dessa truculência a pessoa pensa mais no assunto. Pra diminuir a demanda só com atitude preventiva, com ação coletiva (CD1).

Um dos dois pontos dos indicadores de saúde bucal quem eles mais batem é tratamento concluído e escovação supervisionada, que bate justamente nessa tecla da prevenção. O número de exodontias é um indicador negativo, porque se você faz muita exodontia, quer dizer que você tá falhando na prevenção (CD5).

“Vai levar muito tempo pra educar esses pacientes, mas eles tem q ser educados” (ASB2).

As atividades educativas previstas na agenda podem ser realizadas na comunidade pelos auxiliares e ACS, supervisionados pelo cirurgião-dentista; são palestras educativas, escovação bucal supervisionada e atividades de promoção e prevenção da saúde. Recomenda-se que 15% a 25% das horas trabalhadas sejam

dedicadas a atividades de planejamento, capacitação e ações coletivas (MELO *et al.*, 2016). A prática de educação em saúde envolve mudanças que perpassam a formação dos profissionais de saúde (SANTOS, 2006).

São caracterizadas como atribuições comuns a todos os profissionais da AB a realização de ações de educação em saúde à população adscrita, de acordo com o planejamento da equipe, além da participação nas atividades de educação permanente (BRASIL, 2018). Percebe-se que a ESB deve participar das atividades de promoção e educação em saúde, visando orientar a população sobre os problemas de saúde bucal.

5.1.3 Interprofissionalidade e Prática Colaborativa

A realização de atividades interdisciplinares ainda representa um desafio para a Odontologia, uma vez que a maioria dos profissionais de saúde bucal participantes deste estudo não participam com frequência das reuniões de equipe, onde são discutidos problemas, demandas levadas pelos ACS e onde seria possível fazer busca ativa dos pacientes faltosos, principalmente as gestantes. Até mesmo nos grupos de educação em saúde percebe-se uma ausência da ESB, deixando a população carente das informações sobre saúde bucal. É preconizado justamente uma maior interação entre a equipe da ESF para que haja compatibilidade e complementaridade dos trabalhos. Mesmo preenchendo prontuários de saúde bucal para as gestantes, os cirurgiões-dentistas em questão não tem o hábito de preencher o mesmo prontuário evoluído pelos médicos e enfermeiros, onde se encontra todas as informações sobre o estado de saúde da gestante e do bebê:

O projeto Qualifica AP SUS preconiza um laço maior entre a equipe. Às vezes nós nos excluímos e somos excluídos. O dentista tem que participar das reuniões de equipe. [...] Porque vão ser discutidos problemas, os agentes de saúde vão trazer demandas também, então dá pra fazer busca ativa (CD5).

Às vezes eu não participo da reunião de equipe, porque geralmente a reunião de equipe é na sexta. [...] Quando tem esses grupos de gestante, essas coisas, eu paro lá o atendimento, vou lá e falo rapidão e volto pro atendimento, não libero um turno pra isso (CD3).

Melo *et al.* (2016) consideram que quatro horas semanais devem ser dedicadas à realização de reunião com todos os membros da equipe, podendo ou não ter a participação da coordenação. Isso permite uma maior integração da

equipe, com discussão dos casos, planejamento das ações, avaliações das atividades desenvolvidas, resolução de conflitos e troca de conhecimentos e experiências.

A gestão participativa foi citada nas falas como algo negativo ou não realizado. Os profissionais trabalham cada um a seu modo, da forma como consideram melhor ou mais conveniente, sem que haja interferência positiva da gestão nesse aspecto. Não existe um alinhamento das ações entre as diferentes ESB, assim como as reuniões das ESB não fazem parte da rotina de trabalho. A participação da gestão se dá mais por questões de não desgostar o usuário. Alguns profissionais gostariam de ter acesso ao relatório de produção para melhor planejarem suas atividades:

“A coordenação nunca interferiu. Eu só perguntei a ela se eu poderia começar a fazer agendamento e ela disse que sim” (CD3).

“A coordenação nunca interferiu, só deu a determinação de não voltar pacientes” (CD1).

“Eu queria a cada três meses pegar o meu relatório do E-SUS para ver o que eu mais fiz” (CD2).

Em seu estudo, Melo *et al.* (2016) identificaram que cada cirurgião-dentista adequava sua agenda de atividades sem discussão prévia com a gestão para a esta fosse direcionada às necessidades do município, problema levado para discussão no CMS. Isto evidencia que a problemática da agenda não é particular de um município.

O acompanhamento do trabalho das equipes pelo coordenador de saúde bucal é um aspecto positivo, uma vez que demonstra a responsabilidade do gestor em organizar o modelo de atenção à saúde bucal do município; isso ocorre por meio dos relatórios de produção, avaliação dos indicadores e as ações que devem ser priorizadas, com discussão dos resultados em reunião com as ESB (MELO *et al.* 2016).

5.1.4 Satisfação dos usuários

Com relação à satisfação dos usuários foi ressaltado que a população fica insatisfeita quando sua UBS não apresenta o serviço de Odontologia, tendo que ser deslocada para outra unidade, o que aumenta a fila de espera por atendimento e

gera muita reclamação. Alguns usuários compreendem as dificuldades, mas outros reclamam, querem ser atendidos no mesmo dia e/ou alegam que não conseguem vaga, pois o seu ACS tem preferências por determinadas pessoas e famílias.

Comparando ao atual modelo de marcação das consultas, alguns participantes relataram que a população está mais satisfeita em ir até a UBS marcar do que quando era demanda livre ou marcação por agentes de saúde, uma vez que os próprios usuários escolhem a melhor data e turno para o seu atendimento, de acordo com a disponibilidade; o agendamento diminuiu as reclamações gerais, mas ainda é possível observar descontentamento com os atendimentos prioritários por ciclos ou condições de vida:

Eu percebo que eles estão mais satisfeitos que com a demanda livre e a marcação por agentes de saúde. [...] Ele procura e a gente marca pra próxima data que esteja disponível. É bom porque ele marca pro dia que ele acha melhor e é bom por isso (CD2).

“Tem uns que aceitam de boa, tem uns que fazem cara feia, reclamam. Por agente de saúde não deu muito certo. As pessoas diziam: ‘Ah, o agente de saúde não gosta de mim’ ” (ASB3).

“Lá é marcado pelo ACS, aí ela só marca pessoas da família. Toda semana era a mesma pessoa e eu tive que chamar atenção de uma agente de saúde de lá, porque toda semana tava vindo a mesma pessoa” (CD6).

“Os outros pacientes que estão marcados para o mesmo dia acham ruim que as gestantes são prioridade” (ASB2).

A percepção dos usuários é de extrema importância a fim de se verificar o resultado das ações desenvolvidas e serve como direcionamento para o planejamento do serviço. O fato de a agenda odontológica ser discutida nos conselhos locais e municipais de saúde permite uma maior proximidade do usuário com o serviço e com os profissionais (MELO *et al.*, 2016). A organização da demanda diminuiu as queixas dos usuários, permitindo uma assistência odontológica mais eficaz (NUTO *et al.*, 2010).

5.2 Intervenção pedagógica

A partir da análise e interpretação das informações coletadas, pôde ser elaborada a intervenção a ser realizada no cenário da pesquisa. Para isso, foi

definida a realização de cinco oficinas com metodologias ativas, a fim de se trabalhar o diagnóstico situacional dos territórios, a construção da agenda propriamente dita e a avaliação da intervenção, que configurou o último momento.

Segundo Freire (2002, p. 32), o ser humano deve ser entendido “como um ser criador e recriador que, através do trabalho, vai alterando a realidade”.

As metodologias ativas são mecanismos para interação de estudos, conhecimentos e pesquisas individuais e coletivas que buscam solucionar problemas e desafios do cotidiano ou realizar um projeto. O professor ou facilitador orienta a realização de pesquisas que exijam a reflexão e a tomada de decisões, estimulando a autoaprendizagem, a partir da utilização de experiências prévias (BERBEL, 2011; OLIVEIRA, 2013).

Desta forma, a realização de atividades com metodologias ativas permitiu um maior engajamento dos participantes, que se sentiram parte do processo em construção, uma vez que eles próprios interagiam, discutiam e problematizavam sobre as ações desenvolvidas.

5.2.1 Construindo o diagnóstico situacional

Na primeira oficina, com duração aproximada de duas horas, foram expostos os resultados obtidos na coleta das informações, de modo que todos pudessem debatê-los. Como foi observada uma deficiência na realização do diagnóstico situacional, a primeira oficina consistiu na realização de um circuito como metodologia ativa, no qual o grupo foi dividido em três subgrupos e cada um se posicionou em uma estação do circuito. Foram três estações sobre diagnóstico situacional, questionando qual o significado de diagnóstico situacional, quais os objetivos e importância deste e o que deve abranger quando da sua realização.

Esse momento serviu para que pudesse ser verificado o conhecimento dos participantes sobre o diagnóstico situacional. Após cada subgrupo passar por cada estação, foi feita uma apresentação com discussão e problematização do que tinha sido elencado pelos grupos e eles puderam perceber que sabem como realizar o diagnóstico situacional dos seus territórios, mas que mesmo assim não o fazem na prática cotidiana previamente ao planejamento das ações. Essa oficina inicial serviu para desvendar que a não realização do diagnóstico situacional não se dá por falta de conhecimento, mas por falta de interesse, organização ou tempo.

Após as apresentações sobre diagnóstico situacional foi observado que os participantes o definiram como um levantamento da situação de saúde em que determinada população se encontra, considerando como determinantes de saúde os fatores socioeconômicos e culturais; tem como função compreender as problemáticas do território e auxiliar na tomada de decisões, definindo como os profissionais podem e devem atuar, além de propiciar o planejamento e aplicação de estratégias que possam solucionar problemas. Afirmaram ainda que para realizar o diagnóstico situacional deve-se conhecer o território e as necessidades da população, definindo o perfil populacional com o auxílio de levantamentos epidemiológicos e classificação dos riscos.

A Andragogia é uma vertente da ciência da educação voltada para o ensino de adultos, utilizando-se de métodos que considerem o conhecimento prévio destes. A estratégia Rotações por Estações de Aprendizagem consiste na realização de um circuito, visando atrair e envolver os aprendizes, uma vez que uma educação de adultos deve associar a teoria e a prática, fazendo com que os ensinamentos na Andragogia tenham início, meio e fim. O método andragógico defende a aplicação do conhecimento e o compartilhamento de experiências; desta forma, cada estação do circuito consiste na realização de determinada tarefa, onde todos os grupos passarão por todas as estações. São estações de aplicação do conhecimento prévio dos participantes, desafiando os aprendizes e estimulando o debate. É importante que seja estipulado o tempo de permanência em cada estação. Nessa estratégia, o facilitador tem a possibilidade de interagir com os participantes (BECK, 2017).

De acordo com Piaget (1983) a construção do conhecimento está relacionada à interação que o sujeito realiza com o objeto no ambiente em que vive, resultando em distintas criações.

A segunda oficina também teve uma duração aproximada de duas horas e foi trabalhada a problematização do diagnóstico situacional. Dessa vez o grupo se dividiu de acordo com as equipes de trabalho e cada ESB foi incentivada a construir o diagnóstico situacional do seu território. Foram disponibilizados materiais, levantados questionamentos, orientações e cada ESB foi construindo de acordo com o seu conhecimento do seu território. Ao final, cada ESB apresentou o seu diagnóstico situacional, de modo a socializar com as outras ESB para que todos pudessem conhecer a realidade dos territórios e no somatório de todas as áreas, a realidade do município. Foi um momento muito rico de trocas de experiências e

conhecimentos e pôde ser observada a empolgação dos participantes em desvendarem suas áreas de trabalho para os colegas, assim como a surpresa dos próprios em perceber como conhecem seus locais de trabalho e a população residente.

Com as apresentações de cada equipe, pôde ser realizado o diagnóstico situacional do município apenas juntando as informações de cada território. Foi observado que a economia do município se baseia na agricultura, na pecuária e no comércio, sendo este último mais encontrado na zona urbana. Os meios de transporte mais utilizados são motocicleta e bicicleta, mas na zona urbana também se utilizam automóveis e transportes coletivos. Os meios de comunicação mais utilizados são o telefone celular, televisão, rádio e internet; uma equipe relatou como meio de comunicação com os usuários os ACS, uma vez que eles levam muitas informações sobre o funcionamento da unidade e a marcação das consultas. Os problemas de saúde mais diagnosticados são hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes *mellitus* (DM), problemas mentais (depressão), verminoses, cárie e fluorose dentária. Os problemas sociais mais identificados são alcoolismo, distância da UBS, falta de transporte, uso de drogas ilícitas, gravidez na adolescência, desemprego, subnutrição e tabagismo. A maioria da população apresenta ensino fundamental ou médio completo, mas ainda existem analfabetos funcionais e usuários com ensino superior. Os equipamentos sociais mais encontrados são escolas, praças, igrejas (católicas e protestantes), UBS, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), quadras de esportes, clubes, balneários e apenas uma área abrange o hospital municipal. Praticamente todas as casas do município são de alvenaria, as ruas do centro da sede e dos distritos são pavimentadas, mas o saneamento básico ainda não foi expandido para todo o município. A água é tratada para a sede, mas muitas localidades do interior ainda utilizam cisternas e poços profundos. A coleta de lixo é realizada de duas a cinco vezes por semana na zona urbana e nos distritos; nos locais em que não há coleta do lixo, este é queimado ou deixado a céu aberto nos lixões (Quadro 1).

Os participantes foram incentivados a utilizarem as vivências das duas primeiras oficinas para o planejamento da terceira. Para isso, estes tiveram um intervalo de uma semana.

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), ou do inglês, Problem-Based Learning (PBL) visa potencializar a capacidade do aprendiz na solução

individual e/ou coletiva de problemas decorrentes dos desafios de sua área de atuação, contribuindo para a formação e desenvolvimento do seu pensamento crítico, criatividade, iniciativa e autonomia.

A utilização da metodologia PBL para a construção do diagnóstico situacional dos territórios se justifica na afirmação de Berbel (2011) quando diz que o PBL é um projeto diferenciado de aprendizagem por se constituir como o principal alicerce do aprendizado técnico-científico dentro de uma proposta de matriz curricular.

Souza e Dourado (2015) confirmam que a PBL é a metodologia apta a promover atividades de maior cooperação coletiva, desenvolvendo interações e habilidades interpessoais e o espírito de equipe.

Desta forma, o PBL tem como direcionamento a aprendizagem ativa, centrada no aprendiz, por meio da discussão de problemas. Essa metodologia capacita o participante a realizar pesquisas, associa a teoria com a prática, além de possibilitar a aplicação de conhecimentos prévios, habilidades e atitudes que solucionem os problemas. Para isso, o problema deve fazer parte da realidade do participante, deve ser algo que faça sentido para ele.

Quadro 1 – Diagnóstico situacional do município de Coreaú-CE em julho de 2019.

Economia	Meios de transporte	Meios de comunicação	Problemas de saúde	Problemas sociais	Grau de escolaridade	Equipamentos sociais
Agricultura	Motocicleta	Celular	HAS	Alcoolismo	Analfabetismo	Escolas
Pecuária	Bicicleta	Televisão	DM	Distância da UBS	Ensino fundamental	Praças
Comércio	Automóveis	Rádio	Depressão	Falta de transporte	Ensino médio	Igrejas
	Transporte coletivo	Internet	Verminoses	Drogas ilícitas	Ensino superior	UBS
		ACS	Cárie	Gravidez na adolescência		CRAS
			Fluorose dentária	Desemprego		Quadra de esportes
				Subnutrição		Clubes
				Tabagismo		Balneários
						Hospital municipal

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

5.2.2 Construção compartilhada do novo modelo de agenda para a saúde bucal

A terceira oficina contou com a realização de um círculo de cultura como estratégia metodológica. Foram utilizadas palavras e expressões geradoras para provocação do diálogo; essas expressões foram obtidas na análise e interpretação das falas. Foram elas: acolhimento, hora marcada, classificação de risco, visita domiciliar, educação em saúde, grupos, reunião de equipe, reunião da saúde bucal, duas vagas de primeira vez, quatro vagas para retornos, atividade coletiva, sala de espera, ciclos de vida, distribuição nos turnos, turnos específicos, pré-natal, puericultura, estratificação de risco, hipertensos, diabéticos, demanda livre, 20 minutos por paciente e urgência (Quadro 2).

Cada participante foi incentivado a escolher uma expressão que julgasse importante para a construção da agenda e justificasse a sua escolha. Todas as expressões escolhidas foram coladas em um mural para que ao final fossem visualizadas as expressões selecionadas pelo grupo. Foram elas: reunião da saúde bucal, educação em saúde, pré-natal, acolhimento, atividade coletiva, visita domiciliar, hora marcada, classificação de risco, urgência, quatro vagas para retorno, reunião de equipe e duas vagas de primeira vez. Um participante escolheu mais de uma expressão e foi concedida essa liberdade de expressão. Ao final da oficina os participantes foram incentivados a refletirem sobre como seria a melhor proposta de agenda para a saúde bucal do município.

O Círculo de Cultura é uma proposta de alfabetização criada por Paulo Freire com o objetivo de desenvolver o conhecimento e o senso crítico do participante a partir de palavras geradoras que apresentem sentido para ele, de acordo com a realidade vivenciada. Consiste num espaço educativo em que coabitam diferentes subjetividades e convivem distintos saberes, permitindo que o diálogo seja experienciado de forma coletiva; há uma valorização da palavra e da escuta dos participantes e as atividades desenvolvidas constituem a práxis, a concretude da vivência prática com o saber teórico.

Quadro 2 – Palavras e expressões geradoras do Círculo de Cultura da intervenção pedagógica em Coreaú-CE em julho de 2019.

Acolhimento	Hora Marcada	Classificação De Risco	Visita Domiciliar	Educação Em Saúde	Grupos
Reunião De Equipe	Reunião Da Saúde Bucal	2 Vagas De 1ª Vez	4 Vagas Para Retorno	Atividade Coletiva	Sala De Espera
Ciclos De Vida	Distribuição Nos Turnos	Turnos Específicos	Pré-Natal	Puericultura	Estratificação De Risco
Hipertensos	Diabéticos	Folga Do Profissional	Demanda Livre	20 Minutos Por Paciente	Urgência

Fonte: Elaborado pelo autor.

A quarta oficina foi realizada no mesmo dia a fim de que não se perdessem as problematizações. Os participantes foram convidados a esboçarem com folhas e pincéis a proposta que eles concebiam como a mais adequada à saúde bucal do município. Neste momento, eles começaram os diálogos e discussões entre si, uns problematizando as opiniões dos outros, até que o consenso ia sendo registrado. Ao final da discussão, chegaram a seguinte proposta (Quadro 3):

Quadro 3 – Modelo proposto de agenda para a saúde bucal do município de Coreaú-CE em julho de 2019.

TURNO	2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA
MANHÃ	30 min – Triagens 2 vagas - 1ª consulta 4 vagas – Retorno 2 a 4 vagas – Urgência/Demanda livre	30 min – Triagens 2 vagas - 1ª consulta 4 vagas – Retorno 2 a 4 vagas – Urgência/Demanda livre Ação coletiva – 1x/mês	30 min – Triagens 2 vagas - 1ª consulta 4 vagas – Retorno 2 a 4 vagas – Urgência/Demanda livre Reunião com ESF – 1x/mês	30 min – Triagens 2 vagas - 1ª consulta 4 vagas – Retorno 2 a 4 vagas – Urgência/Demanda livre	Estudo/Qualificação Profissional
TARDE	30 min – Triagens 2 vagas - 1ª consulta 4 vagas – Retorno 2 a 4 vagas – Urgência/Demanda livre	30 min – Triagens 2 vagas - 1ª consulta 4 vagas – Retorno 2 a 4 vagas – Urgência/Demanda livre	30 min – Triagens 2 vagas - 1ª consulta 4 vagas – Retorno 2 a 4 vagas – Urgência/Demanda livre	30 min – Triagens 2 vagas - 1ª consulta 4 vagas – Retorno 2 a 4 vagas – Urgência/Demanda livre Ação coletiva – 1x/mês	Estudo/Qualificação Profissional

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram elencadas como observações importantes a serem respeitadas no momento da implantação da agenda:

- A agenda deve conter dois turnos por mês para a realização de ações coletivas e atividades educativas. Esses dias especificados na proposta são apenas a título de informação, para lembrar que essas atividades devem ser contempladas. Cada profissional adequará o dia/turno à sua realidade;
- Deve ser reservado ainda um turno ou meio turno mensal para a realização das reuniões com a Equipe de Saúde da Família, adequando a quantidade de pacientes a serem atendidos nesse turno, caso a reunião só ocupe meio turno;
- Procurar agendar atividades educativas diferentes em cada mês;
- Todos os pacientes entrarão na triagem/acolhimento e marcação pela quantidade de vagas disponíveis. Não serão disponibilizados mais turnos inteiros para atendimentos por ciclos de vida (distribuição das demandas);
- As visitas domiciliares deverão ser agendadas como atendimentos. Então sempre que houver uma visita a ser feita, a agenda deve ser readequada para encaixá-la;
- As vagas para demanda livre poderão ser encaixadas dentro das vagas de urgência, sempre de acordo com as necessidades do usuário e com a disponibilidade dos profissionais;
- Todas as populações devem ser atendidas, inclusive as que moram em áreas descobertas pelas ESB;
- Não haverá um limite máximo para triagem; todos os pacientes que desejarem deverão ser triados;
- Mensalmente haverá reunião com a ESB para observar o processo de implantação da agenda e realização de Educação Permanente;
- De início, não será determinado o atendimento por hora marcada para cada usuário, pois primeiro será implantado esse processo básico de agendamento; de acordo com a evolução, pode-se repensar sobre esse aspecto.

Os participantes foram incentivados a iniciarem a implantação do novo modelo de agenda já no dia seguinte para que houvesse mais tempo até a próxima oficina, onde seriam relatadas as experiências e avaliada a proposta.

5.2.3 Avaliação da intervenção

A quinta e última oficina foi agendada para três semanas após a quarta. A oficina iniciou com os relatos das experiências de implantação da agenda e para a surpresa do grupo, foi unanimidade de que a experiência foi muito melhor do que o esperado, pois a proposta foi bem recebida pelas ESF e pelos usuários do sistema.

Após o relato de cada equipe, iniciou-se uma problematização sobre os aspectos positivos e negativos da proposta, sendo discutidas fragilidades e potencialidades, de modo a ser realizada uma avaliação da intervenção. Foi ressaltado que o tempo de implantação da nova agenda foi curto e que a longo prazo pode ser que surjam algumas dificuldades como a superlotação da agenda ou o que pode ser feito quando os profissionais tirarem férias ou precisarem se ausentar do serviço de saúde. A discussão sobre a nova proposta de agenda permeou a surpresa e a satisfação dos profissionais. Foi visível que eles estavam dedicados, satisfeitos e orgulhosos desta construção compartilhada.

Os participantes relataram que alguns ACS afirmaram que a população do interior não aceitaria o novo método de marcação e a triagem, mas não foi o que se percebeu na prática, na qual os usuários se encontram mais presentes, menos faltosos, o trabalho está mais organizado, garantindo maior continuidade do cuidado e uma maior quantidade de tratamentos concluídos, maior resolubilidade dos problemas bucais da população, acolhimento mais efetivo e eficiente do usuário e sistematização do atendimento; foi percebida até uma diminuição da demanda, pois a garantia de triagem diária proporcionou maior segurança ao usuário no sentido de que todos os dias e todos os turnos, estes podem ter suas demandas ouvidas e acolhidas.

Alguns aspectos que foram considerados negativos a longo prazo foram a saturação da agenda, as barreiras geográficas que podem dificultar o acesso dos usuários e a dificuldade de atendimento imediato, uma vez que alguns usuários querem ser atendidos no próprio dia, mesmo diante da classificação de risco possível de esperar.

Foi sugerido que a triagem, a classificação de risco e a marcação das consultas a longo prazo pode ocasionar uma superlotação da agenda e chegar ao ponto de um usuário ter de esperar por dias ou até mais de um mês para a realização do seu atendimento, uma vez que a demanda por necessidade de

tratamento pode superar a quantidade de tratamentos concluídos. Uma alternativa para essa problemática seria a realização sempre que possível de mais de um procedimento por consulta, visando diminuir a quantidade de retornos e conseqüentemente, permitir uma liberação mais rápida dessa vaga.

As barreiras geográficas podem representar uma grande dificuldade para a realização das triagens, que exigem que o usuário se desloque até a UBS e ainda não tenha nenhum procedimento realizado; em muitos casos, os usuários moram distante da unidade e não possuem transporte disponível para esse fim, o que dificulta o acesso. Uma possível solução para esse problema seria a disponibilidade do profissional de se deslocar até um ponto de apoio da UBS que fique mais próximo às localidades para realizar as triagens de todos os usuários interessados em atendimentos odontológicos; essa atividade poderia ser feita uma vez por mês em cada localidade, dispondo de um turno para tal finalidade.

Com relação à dificuldade de atendimento imediato podem ser viabilizadas vagas de urgência ou demanda livre para que problemas que possuam maior necessidade possam ser mais rapidamente solucionados, assim como usuários que moram distante da UBS e tenham procurado atendimento odontológico com alguma queixa possam ser atendidos, a fim de não criar barreiras no acesso.

Ficou acordado que, mesmo diante da finalização da pesquisa, serão realizadas reuniões mensais das ESB para verificação de possíveis dificuldades, de forma que a agenda seja aperfeiçoada sempre que o grupo julgar necessário e de acordo com as expectativas e necessidades locais.

5.2.3.1 Avaliação das oficinas

Ao final de cada oficina foi realizada a avaliação subjetiva do encontro, onde cada participante o classificou como Péssimo, Ruim, Regular, Bom ou Ótimo, opcionalmente justificando sua escolha (Apêndice D).

Todos os participantes classificaram as duas primeiras oficinas sobre diagnóstico situacional como ótimas, justificando a relevância da realização deste para um trabalho mais resolutivo na UBS; além disso, ressaltaram que puderam conhecer melhor os territórios dos colegas e até os seus próprios, pois muitas vezes não se faz esse tipo de análise no cotidiano. Conhecendo os territórios, foi possível conhecer a realidade do município como um todo. Ressaltaram também a

importância da interação com os colegas de profissão para o compartilhamento de experiências.

As oficinas de número três e quatro, sobre o processo de construção da agenda foram classificadas como boas por apenas um participante que apesar de julgá-las participativas, relatou-se inseguro com as novas propostas de agendamento e triagem dos usuários; a insegurança apresentada foi devido ao fato de não saber como os usuários iriam reagir diante da proposta e qual o grau de aceitação desta, o que é perfeitamente compreensível, já que toda mudança gera insegurança justamente por ser algo novo e imprevisível. Os demais as classificaram como ótimas, muito organizadas, estimulantes e participativas, ressaltando que a nova proposta de agenda organizará muito o atendimento, sendo favorável para os profissionais e para os usuários. Os participantes ressaltaram também a importância do diálogo para a construção do melhor modelo de agenda e compartilhamento de conhecimentos, a fim de qualificar os atendimentos e adequá-los às demandas dos usuários, visando o bem-estar de todos.

A quinta e última oficina foi novamente classificada pelos participantes como ótima, uma vez que consideraram muito importante que eles mesmos avaliassem o produto dos seus esforços e observaram uma maior participação do grupo, expondo os aspectos positivos e negativos da implantação do novo modelo de agenda odontológica, assim como as trocas de conhecimentos e experiências; foi relatada que a construção da agenda está melhorando significativamente os atendimentos, sendo concretizada com sucesso. A insegurança apresentada pelo participante na oficina anterior já havia sido descartada, uma vez que a proposta foi bem aceita pela população. A oficina foi classificada ainda como um momento participativo, interativo e com proposta factível.

5.2.3.2 Avaliação da intervenção propriamente dita

Ao final da intervenção, na quinta e última oficina, os participantes foram convidados a responderem um instrumento de avaliação da intervenção, sendo motivados a expressarem como se sentiam após a realização dos encontros, quais as possíveis mudanças na sua prática profissional e se eles estavam realmente dispostos a utilizarem a agenda proposta (Apêndice E).

Quando questionados sobre como se sentiam após a realização das oficinas eles responderam que estavam satisfeitos com os conhecimentos adquiridos e aprofundados, melhor preparados para receber e acolher os usuários, com maior interação com os colegas, motivados a melhorar a agenda de uma forma que atenda às necessidades da população e a se empenhar cada vez mais, desenvolvendo melhores estratégias para a realização do seu trabalho, mais confiantes e na expectativa de que o novo modelo de agenda possa atender às demandas da população.

Com relação às possíveis mudanças na prática profissional foram elencadas uma maior organização, melhor atendimento e escuta do usuário, maior facilidade de acolhimento, criação de estratégias para melhoria da qualidade dos atendimentos e maior criatividade nas ações coletivas, maior comparecimento dos usuários às consultas agendadas, aperfeiçoamento da rotina de trabalho e maior socialização com os usuários, visando a sua satisfação.

Quando questionados sobre a disposição para utilizar o modelo de agenda proposto todos os participantes confirmaram que estão sim dispostos a colocá-lo em prática, pois facilita o trabalho e permite maior agilidade no atendimento; está se mostrando eficaz, apesar de ainda ser um paradigma a ser resolvido a longo prazo; organiza melhor o fluxo dos atendimentos, já que organiza a demanda; e permite maior acesso dos usuários ao sistema, assim como maior quantidade de tratamentos concluídos, resolvendo ou minimizando os problemas bucais destes.

Desta forma, a proposta de construção da agenda com modificação das práticas em saúde bucal foi considerada como algo positivo e que trará resultados benéficos a longo prazo, melhorando a qualidade do atendimento e do serviço prestado à população.

Após a obtenção desse modelo de agenda que se mostrou o mais adequado e resolutivo para a saúde bucal do município de Coreaú-CE, foi solicitada nova participação na reunião do CMS a fim de apresentar e aprovar a nova proposta para que esta possa ser utilizada pelas ESB e, conseqüentemente, seja validada como um instrumento efetivo e eficaz, deixando-se a proposta de utilização desse protocolo de construção da agenda pela gestão municipal. O novo modelo de agenda foi aprovado por unanimidade pelos conselheiros municipais de saúde, sendo ressaltada a importância da proposta e conseqüente utilização pelas ESB.

A avaliação efetiva da intervenção pedagógica e das oficinas será feita a longo prazo mediante aplicação e validação da agenda pela gestão municipal, pelo CMS, pelos profissionais de saúde bucal e pela população. Além disso, será necessária uma observação constante dos profissionais sobre a viabilidade de implementação e possíveis alterações à medida que esta for sendo utilizada, para que sempre se esteja trabalhando com o modelo de agenda mais adequado à realidade local.

Uma alternativa viável para o monitoramento da agenda construída seria a realização de reuniões mensais com as ESB para avaliação das dificuldades e dos aspectos positivos e negativos apontados na última oficina. Além disso, a sistematização do diagnóstico situacional poderia ser feita a cada seis meses para verificação de possíveis mudanças nos territórios ou nas equipes.

6 CONCLUSÃO

A organização da agenda ainda é um dos maiores desafios encontrados pelas equipes de saúde bucal e gestores do SUS, uma vez que a grande demanda, as questões estruturais, a dificuldade de realização de atividades coletivas e educativas e a falta de equivalência entre as equipes de saúde da família e as equipes de saúde bucal ocasionam uma baixa resolubilidade dos problemas de saúde bucal.

A agenda de saúde bucal construída neste estudo e proposta para utilização pelas equipes de saúde bucal apresentou resultados satisfatórios na reorganização dos processos de trabalho para melhoria do acesso aos serviços e ações da saúde bucal, já que foi construída com base em um planejamento compartilhado e participativo, sendo as atividades prioritárias definidas com base no diagnóstico situacional dos territórios e na realidade local, influenciando positivamente na reorganização dos processos de trabalho em saúde bucal.

Essa proposta tem permitido uma escuta qualificada dos usuários, readequando a agenda às necessidades encontradas, ampliando o vínculo com a comunidade, melhoria do acesso ao serviço odontológico e desenvolvimento de um espaço para a realização de atividades de promoção, prevenção e educação em saúde, além de participação dos profissionais de saúde bucal nas reuniões de equipe. Ao longo do tempo, espera-se que essa proposta de agenda contribua para tratamentos mais resolutivos, sistema de referência e contrarreferência mais efetivo, diminuindo as queixas dos usuários e consolidando uma atenção odontológica eficaz.

Sabe-se que, apesar de não existirem protocolos que determinem como deve ser a agenda de saúde bucal e considerando as particularidades de cada local, uma padronização da agenda a nível municipal é algo viável e oportuno, a fim de que sejam melhor planejadas e realizadas as ações de saúde bucal dentro e fora do consultório odontológico. Deve ser considerado que muitos profissionais e gestores assumem o serviço sem o devido conhecimento do território para exercício da função, o que acaba gerando atividades não direcionadas para as reais necessidades da população.

A agenda mensal vivenciada pelos profissionais de saúde bucal antes desse estudo não apresentava uma padronização ou construção baseada nas

realidades locais identificadas no diagnóstico situacional, uma vez que nenhum dos participantes relatou fazer uso dessa prática, muitas vezes desenvolvendo ações que não condiziam com as reais necessidades da população de suas áreas.

A discussão da proposta de reorganização da agenda odontológica com o CMS foi algo extremamente positivo por permitir que os diferentes seguimentos que constituem o setor saúde pudessem ser ouvidos, sendo verificados seus anseios, seus questionamentos, suas ideias. A participação social é uma grande conquista do SUS e não pode e nem deve ser desconsiderada, principalmente quando a população é a principal interessada, como no caso dessa construção coletiva de agenda para a saúde bucal.

A construção do diagnóstico situacional nas primeiras oficinas da intervenção pedagógica permitiu que os profissionais visualizassem o conhecimento que possuem dos seus territórios, assim como conhecessem um pouco mais dos territórios das outras equipes e a realidade do município como um todo. Foi um momento rico de partilha e aprendizado, fundamental para a posterior construção do modelo de agenda.

A intervenção pedagógica realizada para que pudesse ser construída uma agenda de forma compartilhada permitiu uma maior aproximação e interação dos participantes para organização dos processos de trabalho em saúde bucal, assim como uma maior apropriação dos profissionais sobre o seu fazer cotidiano; as oficinas foram momentos de participação coletiva e efetiva.

Está claro que o novo modelo proposto precisa ser acompanhado a longo prazo, a fim de se identificarem possíveis entraves e mudanças, sempre readequando as atividades às necessidades da população, além de encontros periódicos com o CMS sempre que o diagnóstico situacional for refeito, uma vez que é importante ouvir as falas do controle social na construção desse processo. Essa prática de monitoramento e avaliação poderá ser realizada semestralmente para possíveis readequações.

Neste estudo foi utilizado uma metodologia de intervenção pedagógica que alia conceitos da educação popular em saúde e utiliza metodologias ativas de aprendizagem, o que configura uma metodologia dinâmica, passível de ser replicada em outras realidades e utilizada como base para outros estudos nessa mesma temática ou em outras linhas de pesquisa que sigam essa logística da intervenção. O modelo de agenda proposto nesse estudo foi baseado na realidade do município

de Coreaú-CE, o que não quer dizer que obrigatoriamente se adeque a outros municípios do país ou que seja totalmente destoante destes; no entanto, essa metodologia pode ser replicada a fim de se encontrarem resultados condizentes com outras realidades e cada município possa construir seu próprio modelo. Pensa-se também que essa metodologia poderia ser utilizada a nível estadual para que fosse construído um modelo para todo o estado, constituindo verdadeiramente uma Política Pública de Saúde Bucal.

O Mestrado Profissional em Saúde da Família foi um divisor de águas na minha vida pessoal e profissional, uma vez que me permitiu um maior autoconhecimento, assim como perceber um mundo de possibilidades que podem e precisam ser estudadas; além disso, a convivência com os professores e colegas foi fundamental para que eu conhecesse outras realidades e experiências.

O desenvolvimento de novos estudos sobre a temática é importante a fim de se realizarem ações em saúde bucal que estejam de acordo com as diretrizes e princípios do SUS e com a realidade da população de cada território, visando construir e consolidar políticas públicas em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000100031&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 15 jul. 2018.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n1/239-248/pt/>>. Acesso em: 15 jul. 2018.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010005000029&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 jul. 2018.
- BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400005>. Acesso em: 17 jul. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo. Edições 70, 2016. Disponível em: <<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.
- BECK, C. Rotações por Estações de Aprendizagem. **Andragogia Brasil**. 2017. Disponível em: <<https://andragogiabrasil.com.br/rotacoes-por-estacoes-de-aprendizagem/>>. Acesso em: 23 jul. 2019.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011. Disponível em: <http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel_2011.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família - PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, 7 mar. 2001b, seção 1, p. 67. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/equipes_saudebucal.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 673/GM, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do programa de saúde da família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção 1, p. 44, 4 jun. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0673_03_06_2003.html>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **Manual do programa Brasil sorridente**. 2004a. Disponível em: <http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/saude_coletiva/brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília - DF, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, Brasília, DF, 2005. **Acesso e qualidade superando a exclusão social**: relatório final. Brasília - DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3ª ed. Brasília - DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Caderno de atenção básica, nº 17. 1ª Ed. Brasília – DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.373, de 7 de outubro de 2009. Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 8 out. 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2373_07_10_2009.html>. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. 1ª ed. Brasília – DF, 2009b. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_u rgencia.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de Julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, n. 138, Seção 1, 20 jul. 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_A B2013.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea**. 1ª Ed, 1ª reimpressão, v. 1, n. 28. Brasília – DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab_28v1.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação-Geral de atenção domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Volume 2. Brasília - DF, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_ca sa.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, nº 190, Seção 1, p. 668, 05 out. 2015. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/101473300/dou-secao-1-05-10-2015-pg-668>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento

de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília - DF, 2016.
Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

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). Brasília - DF, 2017. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 17 jul. 2018.

BRASIL. **Departamento da Atenção Básica.** Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde.** Brasília - DF, 2018. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

CARVALHO, D. C.; ELY, H. C.; PAVIANI, L. S.; CORRÊA, P. E. B. A dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde.** Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 175-184, jan./jun. 2004. Disponível em:

<<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1281/a-dinamica-da-equipe-de-saude-bucal-no-programa-saude-da-familia>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Projeto QualificaAPSUS Ceará:** qualificando a Atenção Primária à Saúde no Estado. Ceará, 2017.

CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 18-23, set./dez. 2007. Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/ad31/0fe5faed8e9cb1c25cffb03a263acef55660.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-563, jul./set. 1997. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0182.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

COREAÚ. **Prefeitura Municipal de Coreaú.** Disponível em:

<<https://www.coreau.ce.gov.br/>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

DAMIANI, M. F.; ROCHEFORT, R. S.; CASTRO, R. F.; DARIZ, M. R.; PINHEIRO, S. S. Discutindo pesquisas do tipo intervenção pedagógica. **Cadernos de Educação | FaE/PPGE/UFPel**, v. 45, p. 57-67, Pelotas, maio/ago., 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/3822>>. Acesso em: 15 out. 2018.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Integração da Equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: a percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 745-757, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=597936&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 out. 2018.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 26ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/livro_freire_educacao_pratica_liberdade.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S.; GARRAFA, V. O olhar da Bioética de intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 225 - 239, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/547>. Acesso em: 15 jul. 2018.

GONDIM, S. M. G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários **Estud. Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a11v07n2.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

IBGE. Cidades | Ceará | Coreaú | Histórico. **Dados referentes a 2017**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

LOURENÇO, E. C.; SILVA, A. C. B.; MENEGHIN, M. C.; PEREIRA, A. C. A inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1367-1377, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009>. Acesso em: 14 jul. 2018.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 780-788, Florianópolis, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

MARTINS, A. N. *et al.* A inserção do cirurgião-dentista no PSF: Revisão sobre as ações e os métodos de avaliação das equipes de saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v.4, n.1, p. 24-33. Três Corações, 2014. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwicz8rtwNrhAhVtDbkGHSahChcQFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fperiodicos.unincor.br%2Findex.php%2Finiciacaocientifica%2Farticle%2Fdownload%2F1551%2F1211&usq=AOvVaw2LfqIII5xOoggmLaorSKyW>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

MATTOS, G. C. M.; FERREIRA, E. F.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382, jan./fev. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200373>. Acesso em: 14 jul. 2018.

MELO, L. M. L. L.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; SALIBA, N. A. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para reorganização da demanda em saúde bucal. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 42-55, 2016.

Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/9037>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

NUTO, S. A. S.; OLIVEIRA, G. C.; ANDRADE, J. V.; MAIA, M. C. G. O acolhimento em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza-Ce: um relato de experiência. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 505-509, out./dez. 2010.

Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14450>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

OLIVEIRA, G. A. **Uso de Metodologias Ativas em Educação Superior**. In: Carlos Cecy; Geraldo Alécio de Oliveira; Eula Maria de Melo Barcelos da Costa (Org.). *Metodologias Ativas: Aplicações e Vivências em Educação Farmacêutica*. 1ed. Brasília -DF: Conselho Federal de Farmácia, 2013, v. 01, p. 13-40.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 265-271.

Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, Brasil, abri. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000200015&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2018.

PEREIRA, C. R. S.; PATRÍCIO, A. A. R.; ARAÚJO, F. A. C.; LUCENA, E. E. S.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, maio. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2009000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 jul. 2018.

PIAGET, J. **Psicologia da inteligência**. Tradução: Nathanael Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.

PIMENTEL, F. C.; MARTELLI, P. J. L.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C.; ACIOLI, R. M. L.; MACEDO, C. L. S. V. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2189-2196, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400033>. Acesso em: 15 jul. 2018.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; MARTELLI, P. J. L.; SOUZA, W. V.; ACIOLI, R. M. L. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: de

articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, sup. S146-S157, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28s0/15.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.187-98, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop3710>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: Referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 2, p. 294-299. Brasília - DF, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000200020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jul. 2018.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 20, p. 492-501, mar./abr. 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26360272_Programa_Saude_da_Familia_supervisao_ou_convisao_Estudo_de_caso_em_municipio_de_medio_porte>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SANTOS, A. M. Organização das ações em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: Ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Revista APS**, v. 9, n. 2, p. 190-200, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/bucal.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29448.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/08.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

SÃO PAULO. **Política Municipal De Atenção Básica De São Bernardo Do Campo**. Documento Norteador, 2ª ed., 2014. Disponível em: <<http://www.saobernardo.sp.gov.br/documents/10181/26510/Norteador+2%C2%AA+edi%C3%A7%C3%A3o.pdf/de25025a-1dc1-423f-b802-de74fbf802ae>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

SOARES, F. F.; FIGUEIREDO, C. R. V.; BORGES, N. C. M.; JORDÃO, R. A.; FREIRE, M. C. M. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/csc/v16n7/17.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

SOUZA, S. C.; DOURADO, L. Aprendizagem baseada em problemas (ABP): um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. **HOLOS**, v. 5, n. 31, p. 182-200, out. 2015. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/2880>>. Acesso em: 23 jul. 2019.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001100020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 jul. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

TAVARES, R. P.; COSTA, G. C.; FALCÃO, M. L. M.; CRISTINO, P. S. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 628-635, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a10v37n99.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jul. 2018.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opin. Publica**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-62762001000100001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jul. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Millane Teles Portela de Oliveira, Cirurgiã-Dentista formada pela Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral e mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) nucleada na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**AGENDA COMPARTILHADA PARA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”, sob orientação do Professor Dr. Israel Rocha Brandão. Esta pesquisa tem como objetivo geral reestruturar o processo de trabalho em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do município de Coreaú-CE, a partir da construção de uma agenda compartilhada, sendo justificada pelo consenso na literatura sobre a importância da construção de uma agenda de saúde bucal que organize os processos de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família para uma efetiva atenção e gestão do cuidado em saúde, a fim de melhorar a qualidade do serviço prestado à população. A coleta das informações será feita por meio de grupo focal e entrevista individual com as equipes de saúde bucal e coordenação de saúde bucal do município de Coreaú-CE.

Venho, por meio deste termo, solicitar a sua participação na já mencionada pesquisa, assegurando o sigilo da sua identidade. Caso concorde em participar, ser-lhe-ão assegurados os princípios éticos de que trata a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que define as pesquisas com seres humanos. Serão respeitados os quatro princípios básicos da Bioética, a saber: Beneficência, por meio do fato de que este estudo poderá fazer o bem a outrem e que é visado o bem-estar dos participantes; não-maleficência, aonde nenhum mal deverá ser causado intencionalmente; autonomia, na qual serão respeitadas as vontades e condutas dos participantes; justiça, aonde será garantida a equidade, por meio do reconhecimento das diferenças dos participantes desta pesquisa. Os potenciais riscos desta pesquisa serão a exposição dos participantes a questionarem seus processos de trabalho, o constrangimento de os participantes falarem abertamente na frente dos seus colegas e da coordenadora de saúde bucal sobre os problemas enfrentados no cotidiano do seu trabalho, e a possibilidade de

vazamento das informações discutidas no grupo focal, uma vez que todos os participantes terão acesso ao debate; ressaltamos que os riscos serão minimizados pela construção de uma nova proposta de trabalho desenvolvida a partir dos resultados da pesquisa, pelo encorajamento dos participantes de que não sofrerão nenhuma retaliação por parte da gestão municipal, que concordou com a realização da pesquisa, será assegurada a confidencialidade das informações e respeito ao silêncio dos participantes no momento oportuno. Como benefícios estarão os estímulos à atuação e envolvimento profissional e a contribuição para a construção de Políticas Públicas em Saúde Bucal.

Ressalto que não haverá despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, assim como também não há nenhum tipo de compensação financeira relacionada à sua participação. Caso haja qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Se assim o desejar, será garantido o direito de retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa. Comprometo-me a utilizar os dados e o material coletado apenas para esta pesquisa, além de mantê-lo atualizado sobre os resultados parciais e, caso seja solicitado, em qualquer etapa, serão esclarecidas todas as eventuais dúvidas.

Qualquer dúvida referente à pesquisa tratar diretamente com a pesquisadora: Millane Teles Portela de Oliveira, que pode ser encontrada na Avenida Deputado Manoel Rodrigues, 190, no Centro de Cariré-CE, através dos telefones: (88) 99917-6465 ou (88) 98116-2770 ou pelo e-mail millane_oliveira@hotmail.com.

Se o participante vier a ter alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú / UVA, situado à Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, nº 150, bairro Derby Clube, Sobral-CE. Cep: 62.043.280 / Fone: (88) 3677- 4255.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, participação voluntária (sem remuneração) e concorde em participar, solicito que assine no espaço abaixo.

Desde já agradecemos a sua atenção e colaboração no estudo.

Atenciosamente,
Millane Teles Portela de Oliveira
Israel Rocha Brandão

Sobral, _____ de _____ de 2019

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – Roteiro para grupo focal

1. Como atualmente é construída a agenda de trabalho?
2. Existe algum protocolo ou participação do Coordenador de Saúde Bucal na construção dessa agenda?
3. É realizado levantamento epidemiológico e diagnóstico situacional do território de modo a direcionar construção dessa agenda para as necessidades da população?
4. Quais elementos são importantes para construir uma agenda que organize os processos de trabalho em saúde bucal e atenda aos princípios do SUS?

APÊNDICE C – Marco lógico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGIA		RECURSOS	
	AÇÕES	ATIVIDADES	HUMANOS	MATERIAIS
1. SENSIBILIZAÇÃO (COLETA DOS DADOS)	Grupo focal	Dinâmica de apresentação Grupo focal	Coordenação de Saúde bucal Dentistas e ASB	Gravador Diário de campo Canetas
	Entrevista	Apresentação dos objetivos e métodos da pesquisa Diálogo	Dentista	Gravador Diário de campo Canetas
	Reunião no CMS	Apresentação dos objetivos e métodos da pesquisa Diálogo Escuta dos conselheiros	Coordenação de Saúde bucal Dentistas e ASB Conselheiros municipais	Diário de campo Canetas
2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	Círculo	Dinâmica de recepção Definição e objetivos do DS	Coordenação de Saúde bucal Dentistas e ASB	Folhas de papel madeira Pincéis Fita gomada
	PBL	Dinâmica de recepção Construção do DS por ESB	Coordenação de Saúde bucal Dentistas e ASB	Folhas de papel madeira Pincéis Fita gomada
3. CONSTRUÇÃO DA AGENDA	Círculo de Cultura	Dinâmica de recepção Provocação do diálogo por meio de expressões norteadoras	Coordenação de Saúde bucal Dentistas e ASB	Folhas de papel madeira Pincéis Fita gomada Tábuas
		Construção de um Mural		
	Grupo de trabalho/construção: "Mão na massa"	Dinâmica de recepção Construção coletiva da agenda	Coordenação de Saúde bucal Dentistas e ASB	Folhas de papel madeira Pincéis Fita gomada Mural do Círculo de Cultura
AVALIAÇÃO	PBL	Dinâmica de recepção Problematização sobre a implantação da agenda Avaliação da intervenção	Coordenação de Saúde bucal Dentistas e ASB	Folhas de papel madeira Pincéis Fita gomada

APÊNDICE D – Avaliação de satisfação da oficina

Avaliação da Oficina Nº ____, realizada em ____ / ____ / ____	
NOME:	
	PÉSSIMO
	RUIM
	REGULAR
	BOM
	ÓTIMO
QUAL O MOTIVO DA SUA ESCOLHA?	

APÊNDICE E – Avaliação da intervenção

NOME:
QUESTIONAMENTOS
Como eu me sinto após a realização das oficinas?
Quais as possíveis mudanças na minha prática profissional?
Eu estou realmente disposto a utilizar a agenda proposta?

ANEXOS

ANEXO A – Ata da 1ª reunião com o Conselho Municipal de Saúde

Ata da reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde, realizada às 09:00 horas do dia 30 de maio do ano de 2019, na Sede da Secretaria Municipal de Saúde, na Avenida Antônio Cristino de Menezes, Centro. A reunião foi aberta pela Presidente do Conselho Sra. Maria Bernadete Silva, que cumprimentou os presentes, justificou a ausência do Secretário de Saúde, Sr. Francisco Noélio Fernandes Albuquerque e da Secretária Executiva do Conselho, Sra. Elayne Cristina Costa Damasceno e fez a leitura das pautas do dia que são as seguintes: 01 – Abertura; 02 – leitura, análise, aprovação e assinatura da Ata da reunião anterior; 03 – Apreciação e aprovação das Contas do Convênio existente entre Santa Casa de Misericórdia de Sobral com Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde referente aos meses de março a maio de 2019; 04 – Comunicado sobre a Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates às Endemias para as áreas descobertas; 05 – Comunicar sobre a Campanha de Vacinação Contra Gripe; 06 – Apresentação da Pesquisa de Mestrado da cirurgiã-dentista, Dra. Millane Teles Portela de Oliveira, referente à forma de Construção das Agendas dos Cirurgiões Dentistas do município para apreciação e parecer dos Conselheiros de Saúde; 07 – Espaço livre; 08 – Encerramento. Em seguida solicitou ao Sr. Jonas Mendes Oliveira, que fizesse a leitura da Ata da reunião anterior, a qual foi lida, analisada, aprovada e assinada sem emendas. Em continuidade a Presidente fez a apresentação da Prestação de Conta realizada entre os Convênios já mencionados acima referente às Cirurgias realizadas nos meses de março a maio de 2019. Foram beneficiados pelo convênio os seguintes pacientes: LUAN CARNEIRO DE SOUSA, cirurgia de fêmur no valor de R\$. 9.550,00; FRANCISCA DAS CHAGAS CARVALHO FROTA, Cirurgia de Colecistectomia Videoparoscopia no valor de R\$. 7.600,00; MARIA NAIR PORTELA, Cirurgia de Uretrotomia Interna CID D251 no valor de R\$. 5.510,00; FRANCISCO MOREIRA ANGELIN, Cirurgia de HENIOPLASTIA Inguinal CID K 40.1, valor R\$. 5.500,00; MARIA NEUZA PORTELA SANTOS, Cirurgia de Pansinusectomia valor R\$. 8.000,00; EDMILSON ELEOTÉRIO DO NASCIMENTO, Cirurgia de Hiperplasia Prostática CID N40 valor R\$. 5.550,00; NEURILANE CARVALHO DE ARAÚJO, Cirurgia de Colecistectomia laparoscópica, CID k80 no

valor de 6.800,00. Fazendo um total geral no valor de R\$. 48.100,00, de acordo com os relatórios recebidos do Setor de Contabilidade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, os quais estão na pasta juntamente com a cópia do convênio. Após análise e parecer da prestação de contas os conselheiros aprovaram por unanimidade as contas do convênio referente aos meses de março a maio do ano em curso. Em continuidade em sua fala a Sra. Bernadete falou sobre a realização da Seleção para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, que aconteceu no dia 19 de maio de 2019, para cobertura das áreas descobertas que estavam necessitando de 30 Agentes Comunitários de Saúde e 7 Agentes de Combates às Endemias; a mesma explicou que tudo ocorreu de acordo com o Edital de Convocação, houve candidato que recorreu, solicitando revisão de nota e currículo e que todas as solicitações foram acatadas, avaliadas, respondidas e publicadas no portal de transparência da Prefeitura como também o resultado final, que saiu no dia 29/05/2019, e disse estar previsto para os candidatos serem chamados para o serviço, por todo mês de Junho de 2019. Obedecendo a pauta a Coordenadora da Vigilância em Saúde, Sra. Maria de Jesus Albuquerque, falou sobre a campanha de vacinação contra a Gripe, que teve início em abril e que se estendeu até 31 de maio; explicou os grupos prioritários a serem beneficiados, as faixas-etárias das crianças que eram de 6 meses de idade até menores de 6 anos pessoas atendidas, profissionais de saúde, gestantes, puérperas, doentes crônicos e professores. Comentou em sua fala sobre os grupos que atingiram a meta e que até a data atual apenas crianças de 2 a 6 anos e professores não tinham atingido a meta, mas que no geral a meta atingida foi de 97,75%, satisfatória e que está dentro da meta estimada pelo estado, apesar de ter sido difícil para todos os municípios atingirem a meta. Em sua fala, parabenizou todos os vacinadores e profissionais que se empenharam na realização da campanha e destacou o apoio da gestão e Secretaria de Saúde. Dando continuidade, a Dra. Millane Teles Portela de Oliveira, apresentou a proposta da construção das agendas dos Cirurgiões-Dentistas do município. A mesma, em sua explanação, informou aos presentes que a proposta dessa agenda visa uniformizar os serviços com o objetivo de beneficiar os usuários, facilitando o acesso dos mesmos às unidades de saúde, no atendimento de Odontologia, minimizar o tempo de espera, reduzir as reclamações por falta do serviço nas Unidades de Saúde. Em seguida foi solicitado o parecer dos Conselheiros sobre a construção da agenda e os mesmos disseram que essa proposta vem beneficiar os

usuários, pois existem unidades que não tem o serviço de Odontologia, que isso aumenta a fila de espera e a insatisfação da população não atendida que o agendamento atual não atende à procura dos usuários, o que gera muita reclamação. O Dr. João Alberto, falou sobre a falta de informação que tem que ser trabalhada pelos profissionais que não faz essa ponte de informação e comentou sobre a demanda livre, mas ficou acordado que a mesma não é resolutive. Em sua fala Dr. João Aberto disse que a maior e mais completa forma de educação permanente é fazer Educação em Saúde nas salas de aula, nas escolas. Várias sugestões foram abordadas e ficou acordado que após a construção da agenda dos Cirurgiões-Dentistas, com previsão para ser validada em agosto do ano em curso, a mesma será apresentada à plenária do Conselho para sua devida aprovação. Em espaço livre falou o Sr. Jonas Mendes Oliveira sobre sua participação da 8ª Conferência Estadual com delegado escolhido na 10ª Conferência Municipal realizada em 15 de abril de 2019. O mesmo falou sobre os acontecimentos e propostas aprovada na 8ª Conferência, onde foram defendidas e eleitas as prioridades do nosso Controle Social, com aprovação de propostas que trarão benefícios à população. Após todos os debates, os conselheiros aprovaram todas as pautas colocadas para apreciação. Estiveram presentes os seguintes Odontólogos: Millane Teles Portela de Oliveira, João Alberto Teles, Antônio Alberto Sousa Neto, Samara Cristina Lopes Alves, Millena Teles Portela de Oliveira, Maria Thereza Aragão Albuquerque, Alana dos Santos Ponte. Findadas as pautas, a Sra. Maria Bernadete Silva, fez o agradecimento aos presentes, à Dra. Millane e aos demais, disse que o Conselho está aberto a todos. A reunião foi encerrada às 12:00 horas e para constar eu, Maria Bernadete Silva, em substituição a Secretária Executiva Elayne Cristina Costa Damasceno lavrei a presente ata que após lida, analisada e aprovada, será assinada pelos Conselheiros presentes. Coreau, 30 de maio de 2019.

Assinam:

ANEXO B – Ata da 2ª reunião com o Conselho Municipal de Saúde

Ata da reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Coreaú, realizada às 09:00 horas do dia 25 de julho de 2019, na Sala de reuniões do Centro de Saúde Dr. Manuel Carneiro de França, na Rua Francisco Camilo S/Nº, Alto São José, Coreaú-Ceará. A reunião foi aberta pela Secretária Executiva do Conselho Sra. Elayne Cristina Costa Damasceno que cumprimentou os presentes, fez a leitura da pauta do dia, que foi a seguinte: 01 - Abertura da reunião; 02 – Leitura, análise, aprovação e assinatura da ata da reunião anterior; 03 – Apresentação do Recurso no valor de R\$. 105.000,00 reais, recebido por premiação do Plano de Enfrentamento das Arboviroses do município de Coreaú; 04 – Comunicar sobre a contratação dos Candidatos aprovados na Seleção para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias; 05 – Apresentação e aprovação do Novo Modelo de Agenda da Saúde Bucal do Município de Coreaú; 06 – Espaço livre; 07 – Encerramento. Em seguida foi lida a leitura da ata da reunião anterior a qual após apreciação, foi aprovada sem emendas pelos conselheiros presentes. Dando prosseguimento, a Sra. Elayne Cristina fez uma breve abordagem em torno dos recursos recebidos pelo Estado do Ceará, devido às ações desenvolvidas pelos Agentes de Endemias no município de Coreaú, em combate ao mosquito transmissor da Dengue, Zika e Chikungunya, ações essas que reduziram os índices de infestação do mosquito *Aedes aegypti* no município de Coreaú. Comunicou aos presentes que a premiação foi no valor de R\$. 105.000,00 reais, os quais serão investidos em benefícios para um melhor desenvolvimento das ações de combates às endemias, sendo que esse recurso será uma parte para equipamentos e outra parte para custeios. Enfim, todo recurso foi aplicado para investimento na melhoria e qualidade dos trabalhos dos Agentes de Endemias e garantia da população sem Dengue. Em seguida a mesma comunicou sobre os Agentes de Saúde e Agentes de Endemias aprovados na seleção que já se encontram trabalhando, disse ainda que foram 30 Agentes de Saúde selecionados e aprovados, porém apenas 29 foram chamados e contratados; dos 07 Agentes de Endemias, só 04 foram chamados e contratados até presente momento. Atendendo a pauta a Dra. Millane Portela, apresentou o novo modelo de agenda da saúde bucal do município de Coreaú, onde foi apresentado o tipo de organização semanal que determina as ações diárias por turno, onde os pacientes serão acolhidos e triados. Todos os turnos serão

