



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada

PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E DO ENFERMEIRO SOBRE O PAPEL
DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PATRICIA BERGAMASCO

MARINGÁ

2023



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada

PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E DO ENFERMEIRO SOBRE O
PAPEL DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá (UEM), como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dra. Mitsue Fujimaki

MARINGÁ
2023

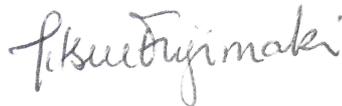
Patrícia Bergamasco

Percepção do CD e do enfermeiro sobre o papel da Odontologia na ESF

Este trabalho de conclusão de Mestrado foi julgado e aprovado para obtenção do título de Mestre em Odontologia Integrada através da Universidade Estadual de Maringá

Dissertação aprovada em: 02/06/2023.

BANCA EXAMINADORA



Presidente - Prof^a. Dra. Mitsue Fujimaki
Universidade Estadual de Maringá (UEM)



Membro Avaliador - Prof. Dr. Luiz Fernando Loli
Universidade Estadual de Maringá (UEM)



Membro Avaliador - Prof^a. Dra. Maura Sassahara Higasi
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

B494p	<p>Bergamasco, Patrícia</p> <p>Percepção do cirurgião-dentista e do enfermeiro sobre o papel da Odontologia na Estratégia Saúde da Família / Patrícia Bergamasco. -- Maringá, PR, 2024. 50 f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Mitsue Fujimaki. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2024.</p> <p>1. Estratégia Saúde da Família (ESF) - Enfermagem - Odontologia. 2. Odontologia integrada - Saúde coletiva. 3. Visita domiciliar. 4. Equipe interprofissional. I. Fujimaki, Mitsue, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.</p>
CDD 23.ed. 617.6	

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo da minha jornada, me deu forças e iluminação não me deixando abater pelas dificuldades do meu caminho.

Aos meus pais Benedito e América que sempre fizeram o melhor por mim. Essa conquista é para vocês e por vocês.

Ao meu irmão Alexandre pelo apoio que sempre me deu, pelas conversas e companheirismo e por entender o motivo, pelo qual, nem sempre conseguir estar presente nas reuniões de família como eu gostaria.

Agradeço a minha orientadora Mitsue Fujimaki pela orientação, mas principalmente por partilhar comigo suas experiências, conhecimento, pela confiança e paciência que teve comigo.

Aos amigos conquistados no mestrado, em especial à Larissa Costa. Partilhamos não só conhecimentos, mas também dúvidas angustias, anseios, momentos de descontração e risos que estarão sempre guardados em minha memória.

A todos os professores pela dedicação e empenho a nos proporcionar experiências profissionais e conhecimento.

A banca examinadora, que me concedeu uma parte do seu tempo precioso para contribuir com o meu trabalho e com a minha formação.

A CAPES pela concessão da bolsa que possibilitou realização desta pós-graduação.

Aos profissionais de saúde que aceitaram participar deste estudo como sujeitos da pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

A visita domiciliar (VD) desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se em uma atribuição comum aos profissionais que compõem esta equipe. Porém, sua organização ainda é um desafio para a equipe de Saúde Bucal (SB) e também para o cirurgião-dentista em relação ao seu processo de trabalho dentro da equipe da ESF. O objetivo deste trabalho foi analisar a percepção que o enfermeiro e o cirurgião-dentista do Sistema Único de Saúde, atuantes em um município da região Noroeste do Paraná, possuem sobre a Odontologia na visita domiciliar e dentro da equipe multiprofissional da ESF. A metodologia utilizada foi por meio de entrevistas face a face baseadas em um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas para posterior análise dos dados. A transcrição foi realizada de forma manual e as falas foram categorizadas segundo o método da análise de conteúdo proposto por Bardin. Os resultados demonstraram que alguns profissionais relataram a importância da odontologia na visita domiciliar e também inserida na equipe interprofissional. No entanto, observou-se que ainda existe um entendimento parcial do processo laboral de alguns profissionais odontólogos quanto ao desenvolvimento das atividades e ações pertinentes à equipe da ESF. Os profissionais perceberam que há lacunas entre as atividades desenvolvidas extra-muros pela ESF e o processo laboral dos odontólogos. O desenvolvimento de habilidades e competências são necessárias para os profissionais atuantes na odontologia para que o trabalho desenvolvido seja efetivo dentro da ESF.

Descritores: Cirurgião-Dentista, Enfermeiro, Visita Domiciliar, Equipe Interprofissional, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The home visit (HV) developed in the Family Health Strategy (ESF) is a common task for the professionals who make up this team. However, this organization is still a challenge for the Oral Health team (ESB). The objective of this study was to analyze the perception that nurses and dentists of the Unified Health System, working in a city of the Northwest region of Paraná, have about Dentistry during home visits and within the interprofessional team of the ESF. The methodology used was through face-to-face interviews based on a semi-structured script. The interviews were recorded for later data analysis. Transcriptions were performed manually and the statements were categorized according to the content analysis method proposed by Bardin. The results showed that some professionals reported the importance of dentistry in the home visit and also inserted in the multidisciplinary team. However, it was observed that there is still a partial understanding of the work process for some dental professionals regarding the development of activities and actions relevant to the ESF team. The professionals realized that there are gaps between the activities carried out extra-mural by the ESF and the work process of dentists. The development of skills and competences are necessary for professionals working in dentistry so that the work developed is effective within the ESF.

Descriptors: Dental Surgeon, Nurse, Home Visit, Interprofessional Team, Family Health Strategy.

Lista de Abreviaturas e Siglas

SUS – Sistema Único de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
UBS – Unidade Básica de Saúde
ESB – Equipe de Saúde Bucal
CD – Cirurgião-Dentista
APS – Atenção Primária à Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
ACS – Agente Comunitário de Saúde
VD – Visita Domiciliar
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PBS – Programa Brasil Sorridente
RAS – Rede de Atenção à Saúde
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
TSB – Técnico em Saúde Bucal
AD – Atenção Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	OBJETIVOS.....	10
2.1	OBJETIVO GERAL.....	10
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
3	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	11
3.1	SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	11
3.2	ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	12
3.3	PAPEL LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NA ESF.....	14
3.4	VISITA DOMICILIAR E ESF.....	15
3.5	ODONTOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	18
3.6	SAÚDE BUCAL NA ESF.....	20
3.7	SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	21
3.8	CIRURGIÃO DENTISTA E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	23
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	26
4.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	26
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	26
4.4	COLETA DE DADOS.....	27
4.5	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	28
5	RESULTADOS	E 30
5.1	DISCUSSÃO.....	31
5.2	ATUAÇÃO DO CD DENTRO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL.....	33
5.3	IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA NA VISITA DOMICILIAR PARA O	35
5.4	ENFERMEIRO E PARA O CD.....	37
	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E ROTINA DO CD NA VD.....	
	PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O PAPEL DO CD INSERIDO NA	

	EQUIPE.....	
6	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS.....	40
	APÊNDICES.....	45

1.Introdução

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição de 1988 reafirma-se a importância de uma atenção à saúde como um direito de todos e dever do Estado e que tenha o intuito de atender a todos de forma integral no sentido da prevenção, promoção e recuperação da saúde. Garante, de forma constitucional, um sistema de saúde que possa contemplar ações de vigilância epidemiológica e sanitária, ações que envolvam a saúde do trabalhador, ordenar ações de recursos humanos na área da saúde, ações intersetoriais, entre outros (PAIM,2018; LIMA-COSTA,2011)

A Lei Orgânica nº 8.080/90 discorre sobre os princípios do SUS que são a Integralidade, Universalidade e Equidade das ações e também sobre o funcionamento dos serviços de saúde. O princípio fundamental é a Integralidade das ações, pois busca responder aos três níveis de atenção à saúde e tendo a atenção primária como o principal responsável para resolver 85% dos problemas da população. É considerada a porta de entrada no SUS para todas as novas necessidades e problemas e a sua atenção fica sobre a pessoa e não direcionada para a enfermidade (PAIM, 2018).

No Brasil, a atenção primária se configura na Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi criada em 1994, e deve ser organizada a partir de uma equipe multiprofissional com atuação na comunidade, onde cada profissional deve desenvolver ações voltadas para a saúde, dentro da sua competência e desta forma, promover ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários (PINTO; GIOVANELLA,2018).

Nesse contexto, o enfermeiro é visto como o profissional capacitado, dentro das suas habilidades e competências, para desenvolver o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dentre suas atribuições, pode-se destacar a de assegurar o ambiente funcionando de forma eficaz e, para que isso ocorra, necessário se faz que ele tenha um olhar crítico na busca de decisões corretas que precisam ser tomadas, identificando assim futuros agravos que possam colocar em risco o funcionamento da unidade (LIMA et al., 2016).

Em dezembro de 2000, o MS, com o intuito de ampliar o acesso da população e melhorar os indicadores de saúde bucal, lançou uma nova Portaria que inseria a Equipe de Saúde Bucal (ESB) como parte integrante da ESF. Essa nova fase da Odontologia não se limita apenas a atendimentos clínicos em consultório, mas sim realizar ações em diferentes

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: Maringá

Telefone: (44) 3011-4597

Fax: (44) 3011-4444

E-mail: copep@uem.br

áreas do conhecimento, contemplando ações intersetoriais, educativas, ações de promoção da saúde, ações de assistência, entre outros (BRASIL,2004 a).

No contexto de trabalho da equipe da ESF, tem-se a visita domiciliar, uma prática bastante utilizada pelos profissionais de saúde, incluindo os Cirurgiões-Dentistas (CD), que é desenvolvido no território de atuação, especificamente no domicílio dos usuários. As visitas devem ser realizadas por todos os profissionais da ESF e ofertadas a população adscrita. Estudos apontam que boa parte das visitas domiciliares, que são realizadas, ocorrem sem nenhum tipo de planejamento e de forma aleatória, e isso pode impactar negativamente na realização das mesmas (REIS et al., 2015).

O trabalho do CD precisa integrar toda a equipe de profissionais da ESF, sempre buscando o conhecimento integral e a construção de intervenções em conjunto. É necessário que todos entendam o processo saúde-doença, haja vista sua complexidade, e consigam ampliar a intervenção sobre um determinado problema (SILVA et al., 2020).

O trabalho em saúde precisa ser cooperativo, em equipe, pois mesmo que cada profissional tenha sua especialidade, as ações precisam estar articuladas com um único objetivo, que é o cuidado de um ser humano. Sendo assim, a atuação interprofissional é uma forma de realizar o cuidado de forma resolutiva para o usuário, acolhendo-o e auxiliando em suas necessidades (PADULA; AGUIAR,2014).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a percepção do cirurgião-dentista e do enfermeiro da ESF sobre a Odontologia na visita domiciliar e dentro da equipe interprofissional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a atuação do CD sobre o seu trabalho dentro da equipe interprofissional.
- Identificar a importância da Odontologia na visita domiciliar para o Enfermeiro e para o CD da ESF.
- Averiguar a rotina e os procedimentos clínicos que são realizados pelo profissional odontólogo no âmbito domiciliar.
- Conhecer o papel do CD dentro da equipe interprofissional da ESF sob o olhar do Enfermeiro.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)

A reforma sanitária brasileira, na década de 70, idealizou o SUS e, em 1986, foi firmado na 8ª Conferência de Saúde e depois legitimado na Constituição de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, que reafirmam a importância da organização de uma atenção à saúde como direito de todos e dever do Estado. A Lei 8080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como seus princípios e diretrizes a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; integralidade da assistência; igualdade na assistência, sem privilégio e preconceito de qualquer gênero; participação da comunidade e descentralização político-administrativa (PAIM,2018; BRASIL,1990 a).

Dentro do SUS, o princípio da Universalidade afirma que a saúde é um dever do Estado e que todos os brasileiros têm direito à saúde de forma gratuita. A Integralidade afirma que o usuário do SUS tem direito contínuo das ações e serviços curativos e preventivos, individuais e coletivos em todos os níveis de atenção e de complexidade do sistema. E a Equidade trata a respeito de atender todos os indivíduos sem distinção, é ofertar o cuidado reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde, de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade (BRASIL,2000 a).

Dentro das ações da Integralidade, busca-se responder de forma integral aos 3 níveis de atenção à saúde, tendo a atenção primária a responsabilidade de resolução dos problemas de saúde da população em oitenta por cento. A atenção primária aborda os problemas comuns na comunidade e oferece, como prioridade, a prevenção e a promoção da saúde para maximizar a saúde e o bem-estar do indivíduo. É considerada a porta de entrada no SUS para todas as novas necessidades e agravos. Os princípios ordenadores são: a) o Primeiro Contato: implica na acessibilidade e o uso do serviço para cada problema, quando o usuário procura atenção à saúde; b) Longitudinalidade que consiste, no decorrer do tempo, num ambiente humanizado e de relação mútua entre equipes de saúde, indivíduos e comunidade; c) Abrangência são as ações programadas e voltadas para aquele serviço e a sua real adequação em relação aos problemas e necessidades da população. E a d) Coordenação que se relaciona à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, a garantia da referência a

outros níveis de atenção quando houver necessidade e garantir a continuidade da atenção (STARFIELD,2002; BRASIL,2000 a).

3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Um dos grandes marcos históricos mundiais da atenção primária em saúde foi a Conferência Internacional sobre a APS, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em Alma-Ata em 1978. Nesta conferência, foi abordado o sistema vertical de saúde nos países em desenvolvimento, principalmente os da África e América Latina, de forma intensa, pois a OMS sentia dificuldades para intervir em ações de combate às endemias. E o modelo médico era cada vez mais intervencionista e especializado e, para tanto, foi redigida uma carta com essas recomendações que denominou Carta de Alma-Ata (GIOVANELLA; MENDONÇA,2009).

A APS, segundo apreciação da Carta de Alma-Ata, torna-se ponto central de um sistema nacional de saúde, com tecnologias e métodos apropriados, comprovados cientificamente e, com isso, garantindo a todos os cidadãos e famílias de uma comunidade e tendo a participação da mesma. Essa participação pressupõe a democratização de conhecimentos, incluindo práticas tradicionais e os agentes comunitários de saúde, com treinamento para executar tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico. Essa atenção primária à saúde, considerada nova, seria responsável pela promoção, prevenção, cura e reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA,2009).

Em 1990, mecanismos de descentralização da gestão foram adotados e, com isso, transferiu-se a responsabilidade da atenção básica para o governo do município. Fortaleceu as ações de caráter preventivo, e com o intuito de atender aos pequenos municípios, criou-se a Portaria MS nº 692, de dezembro de 1993, originando o Programa Saúde da Família (PSF). Em 1994, o Programa tornou-se uma estratégia de governo, visando à reorganização da atenção primária no Brasil (BRASIL,2012 a).

A ESF é considerada uma estratégia de expansão e qualificação da Atenção Básica por fortalecer a premissa de levar saúde próximo das famílias e por ser considerada a porta de entrada nos serviços, propondo-se a resolver oitenta e cinco por cento dos problemas (BRASIL,2007). Está inserida dentro da APS, oferece serviços próximos ao local de moradia da população, fazendo com que o vínculo seja construído, é centrada na pessoa e não na

doença (STARFIELD,2002). Ademais, atua com famílias, compondo equipes multidisciplinares, compostas no mínimo por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2017).

Com a expansão desse programa, sob a tutela do MS, foram atendidos mais de noventa por cento dos municípios brasileiros em 2007. E acabou contribuindo para a preservação do papel do Estado brasileiro na organização dos serviços de saúde, tal qual preconizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (BRASIL,2007).

Por meio da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) de 2008 foi confirmado essa expansão, pois indicou uma cobertura de ESF correspondente a 62,6% da população brasileira. Já a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicou um aumento da proporção de domicílios cadastrados na ESF no Brasil, sendo maior na área rural (77%) do que na urbana (57,3%), onde a região Nordeste apresentou o maior percentual com 71,1%, seguida da região Sul (64,8%) e o Sudeste acabou tendo o menor valor, com 51,9%, ainda que compreenda o maior número absoluto de domicílios cadastrados (GIOVANELLA et al.,2021). Resultados positivos em saúde foram alcançados com a expansão da ESF, com destaque para a redução da mortalidade infantil, redução de internações por condições sensíveis à APS e redução da mortalidade por doenças cardiovasculares. É considerada a principal política de APS no país, fortemente ancorada nos atributos essenciais, nas dimensões de participação social, intersetorialidade e multidisciplinaridade, alinhadas aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (CASTRO et al.,2019; PINTO et al., 2018).

A ESF atua no território dinâmico da população e possui como princípios de reorganização da atenção básica a adscrição da clientela, a qual se refere ao vínculo a ser estabelecido entre a população e as equipes de saúde; a territorialização, que implica numa relação dinâmica entre população e território, o diagnóstico da situação de saúde da população realizado a partir da análise da situação de saúde das pessoas, famílias e grupos do território e o planejamento baseado na realidade do local, permitindo assim a organização de ações de saúde conforme a necessidade da população. Prevê a cobertura populacional por meio de áreas geográficas, nas quais precisam ser consideradas as diversidades sócio-políticas, econômicas, densidade populacional, acessibilidade aos serviços, entre outros fatores na delimitação das áreas, definindo, com isso, o território de atuação. A equipe deve atender a comunidade na perspectiva prioritária da promoção da saúde e prevenção de doenças(SANTOS; ACIOLI, 2014).

Os agentes comunitários de saúde devem cobrir 100% da população cadastrada e cada equipe fica responsável por até 3500 pessoas, de acordo com a equidade. De acordo com as características da ESF ou da UBS, serão orientados por meio da PNAB, a quantidade de profissionais, a carga horária e os tipos de profissionais, podendo existir diferentes cargas horárias para os diferentes profissionais (BRASIL,2012 a).

3.3 PAPEL DE LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NA ESF

Fischer et al (2016) dizem que a ESF é o primeiro contato da população aos serviços de saúde do SUS, pois estão localizadas próximas dos locais onde os usuários moram ou trabalham. Conseguem estabelecer uma ligação com a comunidade, por meio do vínculo e isso faz com que o cuidado e a assistência sejam facilitados. Essas equipes são formadas por profissionais de diversas áreas da saúde, tais como enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, odontólogo, auxiliar de saúde bucal (ASB) e agentes comunitários de saúde (ACS). Foram inseridas dentro dos territórios, atuando em UBS, de forma estratégica com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde dos indivíduos de uma determinada área adscrita (BORGES et al,2019).

A ESF é a responsável direta pelo direcionamento do cuidado integral, além de promover o elo de ligação entre o usuário com os seus direitos, no que diz respeito à saúde. Para tanto, o profissional de saúde precisa criar formas de atender a população de sua área com a melhor cobertura possível, sempre observando suas necessidades, no que diz respeito ao cuidado em doenças e enfermidades, buscando sempre formas para tentar erradicá-las, trazendo uma melhor qualidade de vida para os mesmos. (NUNES; NEMES,2018).

Nesse contexto, o enfermeiro é visto como um profissional capacitado, dentro de suas habilidades e competências, para desenvolver o gerenciamento das UBSs, tendo como responsabilidade colocar em prática ações necessárias à coordenação dos recursos materiais e humanos. Dentre suas atribuições, pode-se destacar a de assegurar o ambiente funcionando de forma eficaz e, para que isso ocorra, necessário se faz que ele tenha um olhar crítico na busca de decisões corretas que precisam ser tomadas, identificando assim futuros agravos que possam colocar em risco o funcionamento da unidade. Para que o profissional tenha êxito no gerenciamento de uma UBS, o mesmo deve cumprir o papel de líder/gestor, visando sempre atributos essenciais como planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação de diversas situações. O enfermeiro precisa estar consciente de que estará liderando um local

de trabalho constituído por profissionais das mais variadas áreas de saúde, e que é necessário manter sempre o ambiente harmônico e sem conflitos (LIMA et al,2016).

O enfermeiro é responsável por algumas funções importantes dentro de uma UBS, atribuições estas que são citadas dentro da PNAB (2012a), tais como:

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, fase adulta e terceira idade;

- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

O enfermeiro responsável pela unidade deve efetuar ações assistenciais, educativas, sempre visando a promoção da saúde, realizadas tanto no interior da ESF quanto nos domicílios pertencentes ao seu território de atuação, dando valor, dessa maneira, ao controle social, educação em saúde e também a realização de parcerias. Além da sua atuação assistencial, o profissional exerce, no desenvolvimento da gestão, a liderança da equipe multidisciplinar e o planejamento das ações de saúde (SOUZA et al,2013; JUNIOR et al,2011).

Ximenes et al (2019) afirmam que a enfermagem assume um papel de extrema relevância na solidificação da ESF, pois nesse primeiro nível de atenção à saúde, faz-se necessário a captação de um profissional com perfil criativo, inovador e que carregue consigo a liderança, colocando em prática esses requisitos juntamente com a sua equipe de trabalho e também a comunidade. Apresenta grande protagonismo quando o assunto é ESF, com a ampliação da sua área de atuação no rol do saber e das práticas, nas ações de diversas políticas setoriais e programas.

3.4 VISITA DOMICILIAR E ESF

A visita domiciliar (VD) possibilita conhecer a realidade do indivíduo e família, por meio de um instrumento de atenção à saúde, no qual constrói-se relações de vínculos entre os usuários e os profissionais, o que acaba favorecendo a dinâmica e adesão ao tratamento/reabilitação, e também atua na promoção da saúde e prevenção de doenças. Essas visitas domiciliares têm sido importante instrumento utilizado pela ESF. Segundo a PNAB (2017), esta precisa ser realizada por todos os profissionais das equipes de ESF, sejam em abrigos ou outros tipos de moradias em seu território, visando sempre a resolubilidade e atenção integral à saúde (CUNHA e GAMA, 2012; PNAB, 2017).

A VD é um importante instrumento de operacionalização da atenção domiciliar pela equipe de ESF. Atende ao princípio da longitudinalidade, à medida que reduz rupturas no cuidado prestado ao paciente ao mediar o contato entre os profissionais da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) e o indivíduo em seu domicílio (FERRAZ; LEITE,2016).

O MS (BRASIL, 2012 b) em seu Caderno de Atenção Domiciliar nos diz que assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, transformando significados e relações. Assim, a VD é extremamente importante para as equipes, tendo em vista que pode possibilitar um maior conhecimento das condições de vida e saúde dos familiares que estão inseridos no território. É por meio destas visitas que, quando são realizados sob a perspectiva de um olhar holístico, o cuidado acaba se tornando integral, humanizado e equânime, bem como na ótica da promoção da saúde e, com isso, acaba-se visualizando o rompimento médico hegemônico, onde predomina a verticalização dos serviços e do cuidado.

Por meio do vínculo que essas visitas acabam se tornando uma importante ferramenta no cuidado. Este é a relação pessoal estreita e duradoura, que com o passar do tempo tornam-se laços mais estreitos, facilitando a continuidade do tratamento e evitando consultas e internações desnecessárias. Todavia, essa relação acaba sendo facilitada pela cooperação mútua entre os usuários, família, profissionais da saúde e cuidadores. É nas visitas ao domicílio que isso se mostra ainda mais expressivo, haja vista que os indivíduos contam muito de suas vidas aos profissionais de saúde e depositam confiança e respeito, pois os mesmos, naquele momento, sentem-se mais à vontade para falar, pedir algo ou expor alguma situação que provavelmente não mostraria sob os muros de uma UBS (BRUNELLO et al,2010).

Contudo, percebemos muitas vezes que essas visitas domiciliares acabam sendo negligenciadas e/ou não atendem as necessidades dos usuários, apesar de ser uma das atribuições de todos os membros das ESF. Observa-se que alguns profissionais dão prioridades a outros atendimentos no próprio local da UBS. Além do que, algumas visitas acabam sendo realizadas apenas para atendimentos a pacientes com alguma necessidade especial, e, com isso, acaba se resumindo apenas a uma consulta domiciliar, quando, na verdade, deveria ser um acompanhamento dentro do domicílio.

Na ESF, a VD é a principal atribuição do agente comunitário de saúde (ACS), embora seja uma responsabilidade comum a todos os membros da equipe. As ações preconizadas na PSF envolvem, principalmente, o enfermeiro e o ACS, sendo a avaliação médica solicitada quando se detectam alterações (SILVA,2016).

Percebe-se que, na maioria das vezes, alguns profissionais ficam sobrecarregados em virtude de realizarem sozinhos essas visitas, tal como acontece com o ACS. Alguns profissionais encontram-se preocupados com a produção no final do mês, e acabam dando prioridade ao fator quantitativo ao invés do qualitativo. E com isso outro problema surge: a falta de planejamento das visitas. Muitas vezes, essas visitas são realizadas de forma aleatória, sem nenhum tipo de planejamento, sem instrumentos necessários para responder a real necessidade do indivíduo (SILVA,2016; CUNHA, GAMA,2012).

As visitas no domicílio tem alguns objetivos, tais como: conhecer o domicílio e suas características ambientais, socioeconômicas e culturais; identificar fatores de risco individuais e familiares; verificar a estrutura e a dinâmica familiar com elaboração do genograma ou ecomapa; prestar assistência ao paciente em sua própria residência (principalmente acamados); adequar o atendimento às necessidades; intervir precocemente na evolução para evitar complicações e internações hospitalares; estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas de autocuidado e promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilos de vida (CUNHA; GAMA,2012).

Por meio das visitas, as equipes de saúde da família possuem os seus protocolos e instrumentos para possibilitar uma maior promoção da saúde, autonomia dos usuários e a corresponsabilização pelo seu processo saúde-doença. A visita realizada pela ESF se configura como tecnologia do cuidado em saúde, bem como instrumento de intervenção fundamental por meio de inserção e conhecimento da realidade de vida da população. Com isso, os profissionais de saúde podem refletir sobre as suas práticas, prestar um cuidado

continuado e, ao mesmo tempo diferenciado, possibilitando uma atenção domiciliar efetiva, que acaba indo além do domicílio (GOMES,2015).

3.5 ODONTOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1933, observou-se que a Odontologia passou a ser mais presente na vida dos brasileiros, porém eram desprezados os tratamentos conservadores e ofereciam somente extrações dentárias. Quando surgiu o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1966, foram definidas diretrizes gerais nacionais para o atendimento às populações previdenciárias de forma uniformizada. Contudo, reforçou-se o padrão de intervenção ainda praticado, biologicista, focado na clínica e com predominância mutiladora (GIOVANELLA et al,2012). Em contrapartida, os serviços prestados incluindo médicos e farmacêuticos eram somente para trabalhadores do setor privado e seus dependentes. Com isso, a maioria da população não tinha acesso à saúde e acabava dependendo basicamente de instituições filantrópicas.

Com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que foi um marco histórico, surgiu a criação de um sistema de saúde focado na democracia e nos direitos sociais e também como seus ideais seriam incorporados ao sistema institucional brasileiro, e as diretrizes do movimento foram legitimadas, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e formalizadas na Assembleia Constituinte em 1987 (BRASIL,1988). Realizou-se também em 1986 a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), em Brasília, onde, pela primeira vez, reuniram-se profissionais da saúde, técnicos da área de saúde bucal, representantes do setor público e privado da odontologia, estudantes e representantes da comunidade.

Pouco depois de promulgar a Constituição Federal, o SUS foi regulamentado pela Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e fundamentado nos princípios da integralidade, universalidade e equidade das ações e serviços de saúde e tendo como diretrizes a organização de uma forma descentralizada e com a participação da comunidade (BRASIL, 1990a).

Em 1993, a 2ª CNSB caracterizou o modelo odontológico ainda como individualista e ainda muito distante da realidade brasileira. A necessidade de reconhecer a “saúde bucal como direito de cidadania” foi concretizado e criou-se uma nova estratégia para a saúde bucal, que foram as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na atenção básica. E mesmo com os avanços alcançados nas duas CNSB, o país ainda possuía resultados bastante insatisfatórios de acordo com o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, pois os programas existentes eram de difícil acesso, os tratamentos de baixa complexidade e ainda limitados somente a ações curativas e

mutiladoras. Concluíram que a saúde bucal não tinha como base os princípios do SUS e nem possuía uma política que fosse estruturada e específica (BRASIL,2004a).

Para superar o difícil acesso à saúde bucal e as desigualdades, em 2004, a 3ª CNSB criou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o conhecido Brasil Sorridente e o tema central “Acesso e qualidade superando a exclusão social”. O Programa Brasil Sorridente (PBS) foi constituído por uma série de medidas que visaram garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal com a intenção de que a população tenha melhor qualidade de vida. As diretrizes da PNSB visavam a integralidade da atenção à saúde bucal e o acesso universal (BRASIL,2004 a).

Lucena; Pucca (2011) discutiram sobre a reorganização dos níveis de Atenção em Saúde Bucal, a criação de referências na atenção secundária, por meio dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), o financiamento diferenciado e a gestão descentralizada dos recursos financeiros mostraram-se capazes de ampliar as ações de saúde bucal para milhões de brasileiros e puderam concluir que, após a implantação do Brasil Sorridente, houve a maior inserção da atenção em saúde bucal no SUS bem como a ampliação de ações e serviços em todo o país.

Com a cartilha “Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir” do Ministério da Saúde mostrou que o programa Brasil Sorridente se constitui de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. A principal meta é a reorganização da prática e qualificação das ações e serviços ofertados e reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do SUS (MS,2015).

APNSB – Programa Brasil Sorridente é a maior política pública de saúde bucal do mundo. Desde o lançamento em 2004, reorientou o modelo assistencial com a implantação de uma rede assistencial que articula os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersetoriais. Com essa evolução, criou-se o livro A Saúde Bucal no SUS juntamente com o Caderno de Atenção Básica n.17 de saúde bucal e o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (2008) seguido de suas atualizações e foi produzido por profissionais do serviço público de saúde e pesquisadores de universidades e faculdades, com experiências diferentes de prática profissional e de gestão, que se empenharam em contribuir para a educação continuada de profissionais de saúde, professores e gestores. Colabora com a nova forma de organização de serviços de saúde – SUS- que é a Rede de Atenção à Saúde, cujo objetivo

principal é prestar atenção integral, resolutiva e de qualidade que atenda as reais necessidades da população (BRASIL, 2018).

3.6 SAÚDE BUCAL NA ESF

O MS, com o intuito de ampliar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, melhorar os indicadores para saúde bucal e de incentivar a reorganização e a melhora da saúde bucal para a população, publicou a Portaria nº1.444, em dezembro de 2000, e incluiu as ESB dentro da equipe da ESF e fixou incentivo financeiro para reorientação das ações de saúde bucal (SILVA et al,2020; BRASIL,2000 b). Em março de 2001, a Portaria 267 trouxe normas e diretrizes para esse novo cenário e este processo de regulamentação culminou em um aumento da rede de serviços em todo o país devido a um importante aporte financeiro no financiamento público para a área de saúde bucal (SILVESTRE et al.,2013).

As ESB são organizadas em duas modalidades: a do tipo I, composta por dois profissionais de saúde, que compreendem o CD e um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e a do tipo II composta por três profissionais – CD, Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o ASB. Nestas duas modalidades é facultada a inserção do TSB no lugar do ASB. Indicativos sugerem que a modalidade II das ESB pode induzir a ampliação do acesso e melhorias na qualidade da atenção em saúde bucal, além da maior oferta de procedimentos odontológicos curativos, pois o TSB conta com atribuições clínicas que incluem a remoção de biofilme, inserção e condensação de materiais restauradores, com potencial de otimizar o trabalho do CD e favorecer melhores resultados para as ESB (CRUZ et al., 2019; WARMLING et al., 2016).

Segundo o caderno de Atenção Básica nº17 (BRASIL,2006), é de competência do cirurgião-dentista que atua na atenção básica por meio da ESF:

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.
- Realizar procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.
- Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

- Encaminhar e orientar usuários quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.

- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Técnico em Higiene Dental (TSB), Auxiliares de Consultório Dental (ASB) e ESF.

- Realizar supervisão técnica do TSB e ASB.

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Saúde da Família (USF).

A ESB na Atenção Básica não se limita somente a procedimentos clínicos dentro do consultório, mas sim com ações em diferentes áreas do conhecimento. Deve-se contemplar ações intersetoriais, ou seja, realizar intervenções de mudanças sociais e ambientais que possa afetar a saúde coletivamente, trabalhar com ações educativas, levar informações aos usuários no controle do processo saúde-doença abordando temas, tais como: quais as principais doenças bucais e suas formas de prevenção, higiene bucal e a importância da escovação com dentífrico fluoretado, a prevenção à exposição solar sem proteção, os malefícios do uso excessivo do álcool e tabaco, ações de promoção à saúde com criação de ambientes que possam conduzir a saúde, construção de políticas saudáveis, fortalecimento das ações comunitárias, foco na população como um todo, a abordagem precisa estar orientada para reduzir as desigualdades sociais. Ações de assistência: realização de intervenções clínicas curativas, podendo ser de cunho individual ou coletivas, e esses atendimentos devem abranger ações de demanda organizada, compatibilizando a demanda espontânea e a programada (BRASIL, 2012c; SILVA, 2020).

3.7 SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Em 24 de agosto de 2011, foi instituída a Atenção Domiciliar (AD) por meio da Portaria 2.029, que logo após foi substituída pela portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011. A AD constitui-se como uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar às já existentes e é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS (BRASIL, 2016).

A AD caracteriza-se por realizar ações claras, sistemáticas e regulares para promover a integralidade da saúde e ações de reabilitação. Possui como principal foco atender o paciente em domicílio e que esteja impossibilitado de se locomover até a Unidade Básica de Saúde (UBS), temporariamente ou de forma permanente. Dentre os grupos atendidos na atenção primária, três grupos fazem parte dos assistidos pela atenção domiciliar por requererem um cuidado especial e são eles: puérperas/ recém-nascidos (RN), Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) e os pacientes acamados e/ou que estejam temporariamente domiciliados. A indicação de acompanhamento domiciliar é determinada pelo grau de necessidade ou incapacidade do paciente, e devem ser priorizados os grupos mais vulneráveis como: pacientes idosos que moram sozinhos ou que apresentam alguma dificuldade de locomoção, portadores de doenças crônicas que apresentam alguma deficiência física, entre outros (BRASIL, 2013).

A AD é composta por estratégias que visam pôr em prática atividades das quais estabelecem os cuidados à saúde como uma prioridade, possuindo como frutos aguardados a prevenção e os cuidados em estágio inicial da patologia, possuindo uma ótica na prevenção, promoção em que acaba estabelecendo a restauração à saúde do paciente no âmbito domiciliar e procurando confirmar a continuidade das atenções (PINTO, 2013).

Estudos realizados por Silva et al (2018) demonstraram que o paciente precisa ser examinado com um olhar holístico, levando em consideração os cuidados com a cavidade oral, visando levar em consideração a existência do rastreamento de possíveis doenças sistêmicas, das quais a equipe interprofissional é responsabilizada pela restauração biopsicossocial do paciente que está em acompanhamento e também de todos os membros de sua família. Além disto, a equipe precisa estar comprometida em ofertar todas as orientações necessárias referentes ao processo de autonomia para os pacientes debilitados e seus familiares.

Da mesma forma que os outros profissionais que integram a equipe, o CD, dentro do planejamento da saúde da família, possui o seu valor, pois pode efetuar visitas domiciliares, tendo como intuito oferecer atenção em toda cavidade bucal, buscando fazer anamneses, conhecendo um pouco do cotidiano do paciente e de todos os indivíduos que estão a sua volta. E para que haja um atendimento domiciliar planejado e com boas perspectivas, os profissionais precisam utilizar alguns critérios como oferecer o exercício de maneira contínua analisando desde a primeira até a última visita, observando assim a evolução do paciente, tendo em vista que essa metodologia não pode ser estabelecida de maneira isolada. Precisa ser levado em consideração o diagnóstico final e o prognóstico do tratamento do paciente, além

do acompanhamento periódico para a continuidade da integralidade à saúde da cavidade bucal do paciente assistido (SILVA, 2017; PINTO,2013).

Os pacientes considerados como sendo portadores de necessidades especiais são todos indivíduos que demandam uma atenção especializada, e os procedimentos terapêuticos realizados pelo CD precisam ser estabelecidos de forma particularizada, analisando as limitações existenciais, relacionadas com a parte emotiva, perceptiva associada a cognição ou até mesmo psicológica com ênfase na parte comportamental. Para tanto, é de grande relevância para o CD e também para a equipe multiprofissional estabelecer um conhecimento prévio, discutir o estado de saúde do paciente a fim de obter um melhor atendimento (BIZERRIL et al,2015).

Os CD promovem intervenções de promoção contínua de saúde bucal e por consequência conseguem prevenir a saúde dos indivíduos que estão sendo cuidados, tendo em vista que se constata a grande indispensabilidade de recursos terapêuticos que envolvem os tratamentos odontológicos, dos quais são feitos de maneira adequada ao assistencialismo e dessa forma, a construção de fichas cadastrais específicas, possibilita a construção de um atendimento mais bem elaborado, visando a independência e autonomia do indivíduo (RODRIGUES et al,2012).

Além disso, o CD desenvolve papel importante na realização das VD, devido a sua postura ativa na prevenção de agravos e promoção da saúde, instrução de higiene oral e de próteses, aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada e identificação de lesões orais, e com isso, prestando uma valorosa assistência aos usuários que se encontram restritos no lar (BIZERRIL et al., 2015).

Ainda que os pacientes se queixem de dores relacionados a processos infecciosos na cavidade oral, e sabendo-se que essas infecções possuem potencial de intensificar as condições sistêmicas do organismo do indivíduo, ainda assim e de modo infeliz a saúde bucal continua sendo vista com pouca precedência quando contraposta as demais condutas de atenções a saúde aplicadas a esses pacientes (BIZERRIL et al,2015).

3.8 CIRURGIÃO-DENTISTA E A EQUIPE INTERPROFISSIONAL

A ESF visa a qualificação, expansão e consolidação da Atenção Básica, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde dos indivíduos e coletividades, deixando de focar o olhar no curativismo e fazendo com que assim haja uma melhor relação custo-benefício. É considerada uma reorientação do

modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas UBS (BRASIL,2018; AMARAL, 2016).

A equipe multiprofissional deve ser composta por pelo menos um médico generalista, um enfermeiro generalista (ou especialista em saúde família), um auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. No ano 2000, a Odontologia foi inserida dentro do programa ESF (BRASIL,2018).

Dentro da ESF, o CD precisa desenvolver competências que vão além do seu conhecimento odontológico, deixando de lado a visão curativa e a prática isolada a um consultório odontológico e assumir uma posição na equipe, realizando ações de promoção da saúde, com olhar no núcleo familiar e utilizando a epidemiologia como ferramenta norteadora para os critérios de priorização através do conceito de risco. E para que ocorra mudanças na prática odontológica, necessário se faz priorizar os princípios do SUS, construindo novas formas de agir na prática. A intervenção em saúde precisa ser planejada, sempre com o intuito de desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal enquadradas nos princípios e diretrizes do SUS de integralidade, equidade e universalidade, atentando assim para atuações de equipes multiprofissionais, procurando responder às necessidades da comunidade (FARIAS et al, 2011; REIS;SCHERER.; CARCERERI, 2015).

É necessário relembrar os três princípios organizativos do SUS, que são: a regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e a participação popular. A regionalização e hierarquização diz que os serviços precisam ser organizados em níveis de complexidade crescentes, circunscritos a uma área geográfica, e o planejamento precisa ser a partir de critérios epidemiológicos e com conhecimento da população a ser atendida. A descentralização visa prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte de todos os indivíduos. Precisam ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde a fim de formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde, fazendo com que a participação da sociedade seja ativa (BRASIL,2018).

A concepção sobre a prática do CD é de um modelo assistencial prático, voltado para o indivíduo doente, sendo realizado com exclusividade por um CD e restrito ao ambiente clínico e com isso, acaba enfatizando a prática odontológica que considera a saúde como um bem de consumo ou uma mercadoria (FARIAS, et al,2011). Contudo, na ESF a atuação do CD precisa ir além da relação profissional e paciente, pois envolve um modelo mais amplo, que vai do serviço até a comunidade. Desta forma, cria-se o vínculo e este toma maior dimensão e exige o desenvolvimento de novas competências. E a educação interprofissional acaba tornando possível o desenvolvimento de três competências que são comuns a todos os

profissionais, tais como: o exercício da tolerância, o planejamento participativo e negociação de um ambiente de redes colaborativas (PADULA,2014; REIS;SCHERER; CARCERERI,2015).

O trabalho do CD deve integrar toda a equipe de profissionais da ESF, sempre buscando o conhecimento integral e a construção de intervenções em conjunto. É fundamental que todos entendam o processo saúde-doença e ampliem a intervenção sobre determinado problema (REIS;SCHERER; CARCERERI,2015).

Para que o CD apresente uma boa atuação naESF, é necessário que ele tenha algumas especificidades que são: especialidades técnicas e práticas científicas para que haja um bom embasamento em seus desempenhos, procurar desenvolver a empatia, possuindo sensibilidade social, sendo ideal incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas e assim buscar o rompimento de vícios dos modelos de atuação antigos (CARVALHO; CARNEVALLI; CARVALHO,2011). As ações de atenção integral, que vai além dos limites da boca, bem como a participação no processo de territorialização e planejamento da atuação da equipe são alguns exemplos das ações nas quais o CD precisa estar integrado com os diferentes profissionais (REIS;SCHERER; CARCERERI, 2015).

O trabalho que o CD realiza dificilmente corresponde àquele ditado pelos objetivos e regras predeterminados pela ESF, pois a variabilidade no momento de executar a tarefa acaba sendo enorme e muitas vezes imprevisível, dada a complexidade da atividade humana. É necessário que todas as demandas sejam atendidas e é importante que as ações clínicas individuais pré-existentes sejam voltadas para o atendimento, haja vista a deficiência na assistência odontológica no PSF, uma vez que a maioria dos pacientes demandam serviços especializados. E essa demanda acabou sendo reprimida por anos de inexistência de qualquer tipo de atenção e com isso, os problemas da população não estão sendo resolvidos e as queixas aumentando com certa frequência (CARVALHO;CARNEVALLI; CARVALHO,2011).

O CD é considerado um profissional solitário dentro da UBS e até mesmo na ESF, pois o processo de atuação acaba permanecendo centrado nele, e por esse motivo, o trabalho em equipe não é fortalecido, e acaba restringindo a efetividade nas ações de promoção da saúde. A atuação do CD na ESF torna-se restrita em decorrência do contexto adverso do trabalho, influência histórica do modelo de atenção individual, concepções dos profissionais que compõem a equipe da ESF e a autonomia que lhes é concedida (REIS;SCHERER; CARCERERI,2015).

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada com 6 CDs e 6 enfermeiros, atuantes nas UBSe que fazem parte da ESF em um município localizado na região Noroeste do Paraná.

A pesquisa qualitativa tem sido bastante utilizada no campo da saúde. Esse tipo de pesquisa tem o ambiente natural como fonte direta das informações, o pesquisador é instrumento fundamental, apresenta caráter descritivo, tendo relevância para o entrevistador o significado que as pessoas atribuem às coisas e a sua vida e o enfoque é indutivo. O pesquisador é sujeito e objeto da pesquisa, sua análise é imprevisível, e o conhecimento que o pesquisador tem sobre o assunto é parcial. Buscam-se, portanto, os aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na explicação e compreensão das dinâmicas sociais (GIL,2008). A opção metodológica baseou-se no fato de que a análise de conteúdo favorece o entendimento daquilo que está por trás dos conteúdos manifestos. A unidade de registro tema foi escolhida por ser uma unidade maior e por acreditar-se que facilitaria a análise dos dados obtidos.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – COPEP – da Universidade Estadual de Maringá – UEM, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aprovado obtendo o CAAE N. 54293321.9.0000.0104.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A amostra foi composta por 12 profissionais, sendo 6 enfermeiros e 6 CDs, que trabalham nas equipes de ESF nas mesmas UBS. Para selecionar os profissionais que seriam entrevistados, foi realizado uma reunião com o coordenador de saúde bucal do município,

onde foi indicado quais as UBS que poderiam fazer parte do estudo, pois as mesmas teriam menos divergências interpessoais e os profissionais eram mais solícitos para compor o estudo. Os participantes foram 2 homens e 10 mulheres, apresentando uma idade média de 36 anos e todos atuantes no município.

Quanto ao regime de trabalho, todos eram contratados e efetivados por 40 horas semanais. O tempo médio de atuação profissional dos sujeitos foi de 12 anos, sendo o tempo médio de atuação no SUS de 7 anos. Em relação à formação profissional, 6 foram formados em instituições de ensino superior públicas e 6 em instituições privadas. Apenas 3 dos participantes eram pós-graduados em saúde pública e 9 em áreas clínicas.

O contato inicial com os profissionais selecionados foi realizado por telefone e face-a-face. A abordagem dos profissionais para a realização das entrevistas foi feita nas UBS em que desenvolviam seu processo laboral. Todos os participantes foram entrevistados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO), o qual, de forma clara, trazia informações dos pesquisadores e da pesquisa: objetivos, forma de realização e justificativa para o desenvolvimento da mesma. A participação dos profissionais foi voluntária, com liberdade para desistir ou interromper a participação no estudo a qualquer momento.

4.4 COLETA DE DADOS

As entrevistas foram conduzidas durante o ano de 2022 por uma única entrevistadora, graduada em Odontologia e Enfermagem e pós-graduanda em mestrado em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Portanto, familiarizada com os termos utilizados tanto nas perguntas, quanto nas respostas obtidas. A pesquisadora recebeu treinamento prévio sobre temática da pesquisa e semiótica de comunicação, para que houvesse uma adequada condução do trabalho.

Não houve vínculo de interesse ou de trabalho entre entrevistado e entrevistadora. Os participantes foram esclarecidos quanto à identidade da entrevistadora, sua formação e situação atual, objetivos, importância da pesquisa e a forma que seria conduzida.

O tempo previsto para a realização de cada entrevista foi de 20 a 40 minutos. Os áudios obtidos nas entrevistas foram gravados utilizando gravador portátil “Smart Recorder”. A transcrição das entrevistas foi realizada manualmente pelo entrevistador e posteriormente revisada por uma pesquisadora com experiência em pesquisa qualitativa e com treinamento

em transcrição de entrevistas. A confidencialidade dos dados foi mantida e garantido o anonimato dos entrevistados. Cada entrevistado recebeu um código para a identificação de sua fala (CD01 a CD06 e E01 a E06), onde a letra D representou dentistas e a letra E os enfermeiros e os números representam profissionais da mesma UBS.

Foram adotados dois roteiros de perguntas, um voltado para os CDs e outro para os Enfermeiros, para se adaptar à dinâmica e particularidades de cada entrevista. Todos os aspectos dos roteiros foram contemplados em todas as entrevistas, visando obter informações que fossem de interesse dos entrevistados, porém, sem fugir do objetivo. Cada participante teve total liberdade de expressão.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas codificação e análise de conteúdo de Bardin (BARDIN,2011) por meio da técnica de análise temática e as recomendações do “ConsolidatedCriteria for ReportingQualitativeResearch (COREQ) (TONG et al., 2007). O processo de análise dos dados se deu por meio da leitura das entrevistas transcritas. As falas foram pré-codificadas e pré-analisadas, até o ponto de saturação, em que não se constatava nenhuma informação relevante.

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Para a análise de conteúdo de Bardin foram utilizadas três fases: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Tratou-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

A exploração do material constituiu a segunda fase, que consistiu na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de

conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consistiu numa etapa importante, porque possibilitou ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2011).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa foi destinada ao tratamento dos resultados, pois ocorreu nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, tornando-se o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. No que tange à codificação, “corresponde a uma transformação efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão” (BARDIN, 2011).

Ou seja, a análise objetiva refere-se às regras preestabelecidas e obedecendo as diretrizes, sendo essas suficientemente claras para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados; sistemática, de tal forma que o conteúdo seja ordenado e integrado nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos (BARDIN, 2011).

As expressões chaves e as ideias centrais, designadas como unidades de registro, foram identificadas de acordo com o contexto inserido, designado de unidade de contexto. As unidades de registro foram agrupadas de acordo com o mesmo sentido, sentido equivalente ou sentido complementar em categorias (ou códigos) referentes ao tema em questão. Os resultados foram organizados a partir da síntese analítica das entrevistas e ilustrados por falas diretas dos entrevistados, cuidadosamente selecionadas para corresponder ao contexto da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo identificou as percepções tanto de CDs quanto de enfermeiros que desenvolvem seus processos laborais em UBS de uma cidade da região Noroeste do Paraná, quanto à odontologia na VD e também inserida dentro da equipe interprofissional. Para tanto, buscou-se depreender, a partir dos objetivos deste estudo, as atividades realizadas pelos profissionais dentro da ESF, e foram pré-definidas em quatro categorias de análise que são: Atuação do CD dentro da equipe interprofissional; importância da odontologia na VD para os profissionais de ambas as áreas; procedimentos clínicos e rotina do CD na VD; percepção do enfermeiro sobre o papel do CD inserido na equipe. Observou-se que alguns dos profissionais relataram praticar atividades de promoção e prevenção de saúde bucal no ambiente domiciliar.

As falas oriundas das entrevistas com os enfermeiros e CDs não podem ser consideradas absolutas, pois as mesmas apresentam percepções que podem apresentar sentidos diferentes. O termo "sentido" refere-se ao material linguístico das respostas dadas ao questionário pelos entrevistados. Esse material linguístico diz respeito ao modo como os conteúdos das respostas são formulados. A noção de nível textual, nível superficial de uma fala ou escrita e nível discursivo (reflexão dos sujeitos), o conhecimento do que fala, os juízos de valor, as posições ideológicas, são chamados de níveis de estratégias formulativas e metadiscursivas (FONSECA, 2011).

As estratégias formulativas agem no nível da superfície linguística, isto é, no nível textual e metadiscursivas quando afetam o nível discursivo. São responsáveis pela organização do texto e objetivam facilitar a compreensão dos enunciados ou provocar adesão dos leitores ao que é dito, buscando garantir o sucesso da interação, e ocorrem por meio de inserções; repetições; parafraseamentos retóricos e deslocamento de constituintes (tematização e rematização). Já as estratégias metadiscursivas "são aquelas que tomam por objeto o próprio ato de dizer", isto é, quando colocadas as estratégias em ação, o locutor avalia, ajusta, corrige, comenta a forma do dizer ou reflete sobre sua enunciação, expressando a sua posição, o grau de adesão, conhecimento, atenuações, juízos de valor, tanto em relação àquilo que ele está a dizer, como em relação a outros dizeres (FONSECA, 2011).

5.1 ATUAÇÃO DO CD DENTRO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL

Para alguns odontólogos entrevistados, o trabalho interprofissional é de extrema relevância para um cuidado integral para o usuário, e já para outros profissionais ainda não há um correto entendimento sobre seu processo laboral dentro da equipe, como pode-se observar nas falas a seguir:

CD 01##: “[...] Eu me vejo parte fundamental da equipe. O CD precisa fazer parte da equipe, precisa se inserir e ocupar o seu espaço, fazer o seu papel. O meu papel é desempenhar todas as questões relacionadas à saúde bucal, desde prevenção, promoção, tratamento da doença e suas condições bucais. O foco é sempre voltado para os casos mais complexos, de famílias com mais vulnerabilidades, mais doenças, não só bucais no caso... A minha opinião sempre é levada em consideração, porque a gente foi conquistando esse espaço [...].

CD 06## : [...] Eu me vejo como um integrante da equipe. No primeiro ano foi mais difícil... depois, foram entendendo que fazíamos parte e começaram a entender a nossa importância e o nosso papel desempenhado juntamente com os usuários. Agora sim a Odontologia se sente integrada e a minha opinião é sempre levada em consideração [...].

CD 02##: [...]... silêncio...atender a demanda kkkk. Ah...a gente veio para somar, tentar atender o pessoal da melhor forma... não sei...Quando precisa um ou outro, aí converso com a doutora somente, porque aqui faz bastante tempo que não tem reunião de equipe [...].

CD 04##: [...] Difícil saber isso... não sei. Acho que o pessoal da equipe não lembra muito da Odontologia... me sinto um pouco esquecida por eles, tanto que nem sei se está tendo reuniões de equipe, nunca participei [...].

Observa-se que dentro de um mesmo município, há divergências sobre o processo de trabalho entre os profissionais da odontologia dentro da equipe da ESF, fazendo com que as atividades voltadas para a população sejam fragmentadas, não atingindo o seu real objetivo, pois a atuação dos mesmos não é padronizada.

Dentro da ESF, as práticas interprofissionais são importantes para a qualidade dos resultados na assistência, pois caso haja a presença de falhas na comunicação e na interação entre os profissionais, isso fará com que desencadeie problemas no cuidado ao paciente e nos serviços de saúde. A colaboração interprofissional consiste num processo em que

profissionais de diferentes áreas trabalhem em conjunto, que possuam o desejo de contribuir e cooperar com o trabalho desempenhado pelo outro tanto no contexto das equipes internas quanto no da comunidade como um todo. Abrange um acordo negociado entre os profissionais com o intuito de valorizar a expertise de cada um, fazendo com que o diálogo entre equipe, usuários, famílias e grupos sociais do território sejam favorecidos (PEDUZZI et al, 2018; PERUZZO et al, 2019).

Para que possa ocorrer mudanças dentro da prática odontológica, é necessário que o CD priorize os princípios do SUS. E a educação interprofissional acaba tornando possível o desenvolvimento de algumas competências que são o exercício da tolerância, o planejamento participativo e negociação de um ambiente de redes colaborativas. O trabalho do profissional deve integrar toda a equipe de profissionais da ESF buscando o conhecimento integral e a construção de intervenções em conjunto (FARIAS, 2011; REIS, 2015).

O trabalho que o CD realiza dificilmente corresponde àquele ditado pelas regras e objetivos determinados pela ESF. Um grande desafio continua sendo integrar, de forma conjunta, a prática de profissionais de diferentes áreas diante de um ambiente considerado fragmentado, pois cada profissional cuida apenas de sua atividade, ignorando o todo e excluindo a participação dos indivíduos em seu autocuidado. A atuação do CD torna-se restrita em decorrência do contexto adverso de trabalho, influencia histórica do modelo de atenção individual, concepções dos profissionais que compõem a equipe e a autonomia que lhes é concedida (REIS;SCHERER; CARCERERI, 2015).

5.2 IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA NA VISITA DOMICILIAR PARA O ENFERMEIRO E PARA O CD

Dentre os entrevistados verificou-se que alguns profissionais enfermeiros reconhecem a importância da odontologia dentro do domicílio e outros relatam dificuldades para desenvolver esse trabalho juntamente com a odontologia, conforme veremos nas falas abaixo:

E02##: [...] A Odontologia é fundamental dentro da ESF porque a saúde começa pela boca e dentro daquilo que a gente precisa, dentro da nossa realidade, estamos tendo um retorno muito bom [...].

E01##: [...] A gente sabe que tem muitas doenças gengivais, bucais que podem estar relacionadas com alguma patologia. Acho fundamental a Odontologia nesse processo e não consigo me ver trabalhando sem um dentista aqui hoje [...].

E06##: [...] A gente trabalha a saúde como um todo, de forma integral, e a saúde bucal não pode ser deixada de lado [...].

##E04##: [...] Nós nunca conseguimos fazer uma visita junto com a equipe da odonto. E, por incrível que pareça, é muito mais fácil trazer um profissional que não é alocado na minha unidade para visitar um paciente do que tirar o dentista daqui de dentro para visitar esse mesmo paciente. Então acho que poderia ser mais efetivo [...].

##E03##: [...] A gente não tem essa experiência da visita do dentista junto à equipe. Não posso te dizer que é eficiente porque não é algo continuado. Na odontologia, ainda não existe essa agenda, talvez pela falta de prática, talvez por não ter ainda brotado a importância desse tipo de atividade [...].

A VD é uma importante estratégia utilizada pela ESF, pois possibilita a criação de vínculos entre os profissionais e usuários, há o desenvolvimento de atividades de prevenção de agravos, promoção da saúde e vigilância à saúde, com acompanhamento das famílias e comunidades, de acordo com as necessidades definidas pela equipe. Dentro do processo laboral, é necessário planejar, executar e avaliar as ações de cuidado desenvolvidas. Esta visa suprir as demandas dos usuários que estejam impossibilitados, temporário ou

permanentemente, de irem até à UBS, não sendo específica de uma patologia e de nenhuma faixa etária. Geralmente, sua indicação vem embasada pela estratificação de risco familiar, exposição a fatores que são prejudiciais à saúde e que possam causar algum tipo de dano de ordem física, psicológica e social (FERRAZ et al, 2016; LIMA et al, 2016).

Caracteriza-se pela visita da equipe, composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista e demais membros da equipe de saúde bucal, o objetivo de reconhecer o âmbito familiar diagnosticando os problemas e agravos pertinentes à realidade das famílias. Com isso, poderá ser criado um correto planejamento de ações em saúde, além de recuperar os mais necessitados de uma forma que seja eficaz e resolutivo (BIZERRIL et al, 2015; BORGES et al, 2019).

O enfermeiro, dentro da ESF, é visto como um profissional de liderança, pois consegue desenvolver o gerenciamento da UBS e colocar em prática as atividades e ações necessárias ao cuidado para com a população. Precisa ter ciência de que coordena uma equipe composta por profissionais de diferentes saberes e compreender a importância de cada profissão, e tentar inseri-lo dentro das atividades fora da UBS, visando sempre a resolutividade. Pode-se observar nas falas acima que os enfermeiros possuem conhecimentos sobre a importância da odontologia dentro do domicílio e que saúde bucal está atrelada à saúde sistêmica do indivíduo (SELL et al,2019; XIMENES et al,2019).

Esses profissionais também se deparam com algumas barreiras para realizar seu processo de trabalho, dentre as quais a principal é a resistência às mudanças e a aceitação ao novo modelo assistencial proposto pela PNAB, algo ainda atrelado à questão da aceitação e adesão às atividades e à falta de perfil dos profissionais para trabalhar na perspectiva da ESF, fazendo com que o trabalho fique fragmentado (BRITO et al, 2022).

Neste estudo verificou-se também que alguns dos CDs entrevistados reconhecem a importância da VD, enquanto outros não possuem um completo entendimento sobre a relevância de tal atividade no processo de trabalho, conforme veremos nas falas a seguir:

D 01##: [...] Acho que o papel da Odontologia é fundamental, desde que seja feito um ótimo planejamento para que consigamos desempenhar o nosso papel no domicílio, porque senão o profissional odontólogo fica à mercê de outros profissionais [...].

D05##:[...]Acho legal para gestantes e puérperas para que recebam as primeiras orientações. O vínculo que a gente estabelece com os usuários é importante [...].

##D04##: [...] Talvez por... eh... no sentido de fazer uma triagem, uma avaliação assim...kkkk...[...].

D03##:[...] Não tenho realizado visitas há um bom tempo. Aqui não é uma coisa frequente...como está somente eu de dentista atendendo não tenho como sair, porque a gente acaba atendendo todas as emergências de todas as áreas [...].

Vários autores afirmam que as visitas no âmbito domiciliar têm alguns objetivos, tais como: conhecer o domicílio e suas características ambientais, socioeconômicas e culturais; identificar fatores de risco individuais e familiares; prestar assistência ao paciente em sua própria residência, adequar o atendimento às necessidades, promover ações de promoção da saúde. O CD, dentro da ESF, possui o seu valor ao efetuar visitas tendo como intuito oferecer atenção em toda cavidade bucal, buscando fazer anamneses, conhecendo o cotidiano do paciente e seus familiares e tendo um correto planejamento das ações a serem executadas (CUNHA; GAMA,2012; SILVA et al,2018).

Contudo, percebe-se muitas vezes que, talvez por falta de conhecimento, essas visitas acabam sendo negligenciadas e/ou não atendem as expectativas dos usuários, apesar de ser uma atribuição de todos os membros da ESF. Observa-se que alguns profissionais dão prioridades a outros atendimentos dentro da própria UBS (SILVA,2016).

5.3 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E ROTINA DO CD NA VD

Dentre as práticas realizadas por alguns entrevistados, pode-se observar que estão acontecendo conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, e a promoção da saúde e a prevenção de agravos são os mais efetuados pelos profissionais. Alguns procedimentos clínicos são executados dependendo da necessidade do usuário. Para outros profissionais, o atendimento domiciliar se limita à uma simples orientação, conforme veremos nas falas abaixo:

D01##: [...]A gente faz visita semanalmente e conseguimos observar que o nosso foco principal é a promoção da saúde e prevenção de doenças, e isso a gente consegue fazer muito bem no domicílio, não é? Então, levar informação, fazer um tratamento mais preventivo é perfeitamente comum de se fazer no domicílio, principalmente com foco nas doenças da boca.

E quando necessário, fazemos alguns tipos de procedimentos, por exemplo, raspagem, profilaxia... já fizemos também exodontia e até selamento provisório [...].

D04##: Visita domiciliar não está tendo.... Acho um pouco precário porque a gente não tem equipamento adequado para atender no domicílio, né?

##D06##: [...] O acamado, se não consegue vir, até fazemos a higiene inicial na casa, mas a gente encaminha, é paciente especial né... só faço orientação de higiene, procedimento não tenho feito mesmo. Na verdade, a odontologia ficou um pouco sem... uma orientação correta, então fazemos conforme a demanda [...].

##D05##: [...] Nessa UBS não tem tido visitas. Acho muito limitado realizar procedimentos na casa da pessoa... a falta de equipo, de enxergar bem, de luz, um lugar para encostar o paciente... só orientação mesmo[...].

Pode-se observar que apenas um profissional entrevistado consegue realizar as atividades, como promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico de doenças bucais e até mesmo procedimentos clínicos, no domicílio em conformidade com a PNAB e Caderno de Atenção Domiciliar (2012 b), enquanto outros profissionais ainda continuam limitados às paredes de um consultório e principalmente ao equipo.

Para Bizerril (2015), o CD desenvolve um importante papel na VD, devido a sua postura ativa na prevenção de agravos e promoção da saúde, escovação supervisionada, identificação de lesões bucais, orientação sobre como fazer uma correta higiene oral e também de próteses, prestando uma valorosa assistência aos usuários que se encontram restritos ao lar.

Estudos relatam que a equipe de saúde bucal não se limita apenas a procedimentos clínicos dentro de um consultório, mas sim com ações em diferentes áreas do conhecimento. Deve-se trabalhar com ações educativas, levar informações aos usuários no controle do processo saúde-doença abordando alguns temas como: as principais doenças bucais e forma de preveni-las, higiene bucal, importância da escovação dental, ações voltadas para promoção da saúde e ações de assistência que são a realização de intervenções clínicas curativas, podendo ser tanto de cunho individual ou coletivas, e esses atendimentos precisam abranger as práticas de demanda organizada, compatibilizando a demanda espontânea e a programada (SILVA, 2020; PINTO,2013).

Os CDs promovem intervenções de promoção contínua de saúde bucal e conseguem, com isso, prevenir agravos de saúde dos usuários que estão sendo cuidados, tornando-se ainda indispensável o uso de recursos terapêuticos que envolvem os tratamentos odontológicos, possibilitando a construção de um atendimento mais bem elaborado, visando a independência e autonomia do indivíduo (RODRIGUES et al, 2012).

Silva Neto et al (2019) afirmam que mesmo após quinze anos da publicação da Política Nacional de Saúde Bucal, a VD ainda é um campo a ser conquistados pelos profissionais envolvidos, além de reforçar a importância das visitas domiciliares para ultrapassar o olhar restrito ao consultório odontológico.

5.4 PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O PAPEL DO CD INSERIDO NA EQUIPE

O papel do CD é de grande relevância dentro da equipe, porém encontra-se ainda fragmentado por alguns profissionais como se pode observar através das falas dos enfermeiros:

##E04##: [...] Acho que está tão fora da realidade que a gente tem, que não consigo visualizar o papel do dentista. Imagino que seria maravilhoso incluir o profissional nas reuniões de caso, mas nunca houve, né. E como fica pouco acessível um profissional que está do seu lado e você não consegue integrar ele na equipe [...].

##E05##: [...] Hoje, a gente não tem mais esse contato de perto com a odontologia, não trabalhamos em conjunto. A odonto não tem essa integração, a gente fala a equipe de saúde bucal e a equipe médico/enfermagem [...].

##E03##: [...] O dentista faz o atendimento que é separado da equipe, não é um conjunto. Ele faz o atendimento lá e nós aqui, como se não fizessemos parte da mesma equipe [...].

E01##: [...]. Acho que a presença do dentista na equipe é uma integralidade do cuidado. Não adianta eu cuidar do paciente, patologias e não dar uma qualidade de vida para ele se alimentar. Ele não dispensa paciente, e o papel dele aqui acho que é fundamental, essencial e consegue ser bem resolutivo. Não consigo me ver trabalhando sem um dentista aqui hoje [...].

De acordo com os depoimentos acima, apenas um relato foi identificado evidenciando a importância do CD inserido na equipe, desenvolvendo o seu processo laboral de forma contínua, programado e resolutivo. No entanto, para os demais enfermeiros, o trabalho em equipe não consegue ser construído, pois o profissional odontólogo ainda possui a visão tecnicista e de trabalho isolado.

O processo de trabalho em saúde tem se apresentado de uma forma diferenciada, pois o saber no campo da saúde, a prestação da assistência de saúde, são produzidos e consumidos num mesmo momento, sendo indissociável o produto do processo que o produz. Difere por não se expressar apenas por meio de saberes estruturados ou de equipamentos, mas por operar-se com base nas relações interpessoais, encontro de subjetividades, mediante práticas de vínculo, acolhimento e autonomia (BRITO et al, 2022).

Dentro de uma equipe interprofissional, os membros da mesma precisam estar entrelaçados de conhecimentos com os seus papéis a serem desenvolvidos. É preciso que o profissional de saúde apresente competências e habilidades construídas inicialmente na sua formação e aperfeiçoadas constantemente durante o processo de Educação Permanente (PESSANHA e CUNHA, 2009).

A Odontologia tem sido alvo de constantes críticas acerca de sua prática, caracterizada como desvinculada das demais, pautada na individualização e atuação exclusivamente clínica. Na visão dos demais profissionais de saúde, além de ter seu trabalho caracterizado como isolado e de cunho ambulatorial, a participação do CD na equipe de saúde oscila entre insignificante e dispensável a fundamental e imprescindível (SAAR e TREVIZAN, 2007).

Com alguns relatos, podemos observar que o trabalho do profissional odontólogo encontra-se divergente da Política Nacional de Humanização (2004 b) que possui como princípios norteadores a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a grupalidade e transdisciplinaridade; o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e a utilização da informação, comunicação, educação permanente para que haja a construção de autonomia e o protagonismo de sujeitos e coletivos.

Os poucos estudos publicados até o momento que avaliaram a atuação dessas equipes mostram alguns indícios de mudanças que convivem com o modelo tradicional de serviços de saúde e não existem, contudo, estudos que abordem a percepção dos enfermeiros e também de outros profissionais que compõem a equipe da ESF sobre a participação dos odontólogos e o seu processo laboral juntamente à equipe interprofissional. Informações sobre esta questão podem contribuir para subsidiar as discussões atuais acerca da formação dos profissionais de

saúde bucal para as necessidades do SUS. Podem ainda ser utilizadas pelo serviço público para avaliação da atuação da ESB na ESF e aprimorar a atenção em saúde ofertada para que possa ser eficaz e resolutiva para a população.

6. CONCLUSÃO

Este estudo de percepção demonstrou que a ESF surgiu como um modelo diferenciado, dentro do SUS, para abordar o processo saúde-doença, na qual o foco está voltado para indivíduo e comunidade, no contexto familiar, social e cultural, de uma forma diferente, sendo os profissionais os protagonistas de ações voltadas para promover a autonomia e o autocuidado dos usuários no sistema de saúde. Neste estudo verificou-se que há o entendimento da importância do trabalho do odontólogo na visita domiciliar, nas atividades por ele desenvolvidas no âmbito domiciliar, porém alguns profissionais ainda insistem em negligenciar tal atividade. Dentro da equipe interprofissional, ainda não é claro qual o papel a ser desempenhado pelos cirurgiões-dentistas, fazendo com que lacunas e ausências de integração sejam encontradas pela percepção dos enfermeiros, que são considerados profissionais que lideram a equipe, gerenciam a UBS, e planejam as ações a serem executadas com o intuito de promover saúde à população adscrita. Para que o trabalho seja conduzido de forma eficaz, é mister que os profissionais odontólogos possam deixar de lado o tecnicismo e individualismo e repensar numa forma de assumir o seu papel de protagonista dentro da equipe, mostrando o seu valor, participando das atividades extramuros em prol da melhoria da saúde dos usuários, criando um modelo de cuidado em saúde integral e humanizado.

Não foi pretensão esgotar o tema abordado neste estudo. Contudo, espera-se que os resultados deste possam auxiliar no planejamento e construção de melhores processos de trabalho envolvendo a equipe de saúde bucal, a fim de aprimorar o SUS.

7. REFERÊNCIAS

AMARAL, L.D.; CARVALHO, T.F.; BEZERRA, A.C.B. Atenção bioética à vulnerabilidade dos autistas: A odontologia na estratégia saúde da família. *Rev. Latinoamericana de Bioética*, v.16, n.1, p.220-33, 2016.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 1ed; São Paulo: Edição 70,2011.

BIZERRIL, D.O.; SALDANHA, K.G.H.; SILVA, J.P. et al. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. *Rev. Bras. Med. Fm. Comunidade*, v.10, n.37, p. 1-8, 2015.

BORGES, N.S.; SANTOS, A.S.; FISCHER, L.A. Estratégia de Saúde da Família: Impasses e desafios atuais. *Saúde em Redes*, v.5, n. 1, p.105-114, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário oficial da União*,1990 a.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário oficial da União*,1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva*. – Brasília: Ministério da Saúde,2000 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, dez.2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção e Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde,2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*, Brasília, DF, 2004 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica, nº17*. Brasília: Ministério da Saúde: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Revista brasileira de Saúde da Família*. Número 14. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2010. Manual do Coordenador Municipal. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde bucal: resultados principais. Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos de PSE – Promoção da Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2018.

BRITO, J.D.Q.; MEIRA, M.D.D.; ROSSIT, R.A.S. et al. Percepção de enfermeiros sobre as práticas colaborativas interprofissionais na atenção básica em Palmas(TO). Revista Saúde Pesquisa, v.15, n.4, 2022.

BRUNELLO, M.F.; PONCE, M.A.Z.; ASSIS, E.G. et al. O vínculo na atenção à saúde: Revisão sistematizada da literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paulista de Enfermagem, v.23, 2010.

CARVALHO, E.M.O.; CARNEVALLI, B.; CARVALHO, L.F. Práticas odontológicas no Programa Saúde da Família: análise crítica. Revista ABENO, São Paulo, v.10, n.1, p.52-55, 2011.

CASTRO, M.C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.A. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet; v.394, n. 10195, p.345-56, 2019.

CUNHA, C.L.F.; GAMA, M.E.A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. Assistência Domiciliar – Atualidades de enfermagem, Rio de Janeiro, 2012.

CRUZ, A.C.P.; LUCAS, S.D.; ZINA, L.G. et al. Factors associated with the inclusion of oral health technicians into the public health service in Brazil. *Hum Resourch Health*, v. 17, n. 35, p. 1-10, 2019.

FARIAS, M.R.; SAMPAIO, J.J.C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da Família. *Revista Gaúcha de Odontologia*. V.59, n.1, p.109-15, 2011.

FARIAS, D.N.; RIBEIRO, K.S.Q.; ANJOS, U.U. et al. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trab. Educ. Saúde*. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.141-62, 2018.

FERRAZ, G.A.; LEITE, I.C.G. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. *Revista atenção primária à saúde*, 2016.

FISCHER, L.A.; BORGES, N.S.; BENITO, G.A.V. Percepções do enfermeiro sobre a gerência da Atenção Primária no Município de Pedro Canário. *Rev. Enferm. Contemporânea*, v.5, n.1, 2016.

FONSECA, R.S. A construção de sentidos no texto escrito: um estudo das estratégias textuais discursivas na crônica de Iyaluft. *Cadernos de Letras da UFF – Linguagens em diálogo*, v.109, n.42, p.109-31, 2011.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. et al. Orgs. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; SCHENKMAN, S. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais DE Saúde 2013 e 2019. *Revista Ciência Saúde Colet.*, v. 26, p. 2543-56, 2021.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde: Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. 1 ed. 1.reimpressao, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

GOMES, M.P.; FRACOLLI, L.A. Atenção domiciliar do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Universidade Paulista. São Paulo, 2015.

JUNIOR, D.A.; HECK, R.M.; CEOLIM, T. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Rev. Enfermagem da UFSM*, v.1, n.1, p.41-50, 2011.

LIMA. C.V.; BEZERRA, J.M.; LEITÃO, C.P.L.S. et al. O enfermeiro como gerente da atenção básica, o modo de lidar com as dificuldades e limitações da saúde pública. In: *Even 3*. 16 maio, 2016.

LIMA-COSTA, M.D.; MATOS, D.L.; CAMARGOS, V.P. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998,2003,2008), v.16, n.9, p.3689-96, 2011.

LUCENA, E.H.G.; PUCCA, G.A. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, p.52-63, 2011.

MALTA, D.C.; SANTOS, M.A.S.; STOPA, S.R. et al. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.21, n.2, p.327-38, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir: Brasília, 2015.

NUNES, L.O.; NEMES, M.I.B. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e175, 2018.

PADULA, M.G.C.; AGUILAR-DA-SILVA, R.H. Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: the challenge of interprofessional work. *Rev. De Odontologia da Unesp, Araraquara*, v.43, n.1, p.52-60, 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*, v.377, n.9779, p.1778-97, 2011.

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.23, n.6, p.1723-28, 2018.

PESSANHA, R. V.; CUNHA, F.T.S.. A aprendizagem –trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto: Enfermagem, Florianópolis*, v.18, n.1, p.233-40, 2009.

PEDUZZI, M.; AGRELLI, H.F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*, v.22, n.2, p.1525-34, 2018.

PERUZZO, H.E., SILVA, E.S.; BATISTA, V.C. et al. Clima organizacional e trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. *Revista Bras. Enferm.*, v.72, n.3, p.721-27, 2019.

PINTO, V.G. Planejamento In: *Saúde Bucal Coletiva*. Ed. Santos. Ed.6, cap.2: 8-30, 2013.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.23, n.9, p.1903-13, 2018.

REIS, W.G.; SCHERER, M.D.A.; CARCERERI, D.L. O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.56-64, 2015.

RODRIGUES, F.F.L.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.S. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul. Enferm.*, v.25, n.2, p.: 284-90, 2012.

SAAR, S.R.C.; TREVIZAN, M.A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v.15, n.1, p.106-12, 2007.

SANTOS, F.P.; ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado da equipe de estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem. UFPE. Recife*, 2014.

SELL, C.T.; PADILHA, M.I.; VILLARINHO, M.V. et al. Inserção da mulher enfermeira no corpo auxiliar feminino da reserva na Marinha do Brasil. *REME Revista Min. Enferm.*, v.23: e-1195, 2019.

SILVA, R.M. Atenção à Saúde bucal no domicílio no contexto da Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir de uma revisão integrativa da literatura (monografia). Florianópolis (SC): Univers. Federal de Santa Catarina, 2016.

SILVA, R.M. et al. A visita domiciliar como prática pedagógica na formação em Odontologia. *Rev. ABENO*; v.17, n.4, p.87-98, 2017.

SILVA, R.M. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. *Rev. Ciência e Saúde*, 2018.

SILVA NETO, J.M.A.; ROCHA, J.M.O.P. et al. Atenção da equipe de saúde bucal no atendimento domiciliar. *Revisão Integrativa*, 2019.

SILVA, R.M.; PERES, A.C.O.; CARCERERI, D.L. A atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Ciência e Saúde coletiva*, v.25, n.6, p.2259-2270, 2020.

SILVESTRE J.A.C.; AGUIAR, A.S.W.; TEIXEIRA, E.H. Do Brasil em dentes ao Brasil Sorridente: um resgate histórico das políticas públicas da saúde bucal no Brasil. *Caderno Escola de Saúde Pública do Ceará*, v.7, n.2, p.28-39, 2013.

SOUZA, M.G.; MANDU, E.N.T.; ELIAS, A.N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Texto&Contexto – Enfermagem*, v.22, n.3, p.772-779, 2013.

STARFIELD, B. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 347-357, 2007.

XIMENES, F.R.; PESSOA, C.V.; TEIXEIRA, I.X. et al. Características de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de uma Microrregião da Saúde do Ceará. *Enferm. Foco (Brasília)*, p.130-136, 2019.

WARMLING, C.M.; CIPRIANI, C.R.; PIRES, F.S. Perfil de auxiliares e técnicos em saúde bucal que atuam no sistema único de saúde. Rev. APS, v.19, n. 4, p. 592-601, 2016



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção do cirurgião-dentista e do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre o papel da odontologia na visita domiciliar e dentro da equipe multiprofissional

Pesquisador: Mitsue Fujimaki

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54293321.9.0000.0104

Instituição Proponente: CCS - Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.271.948

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 03 de Março de 2022

Assinado por:
Maria Emília Grassi Busto Miguel
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: Maringá

Telefone: (44) 3011-4597

Fax: (44) 3011-4444

E-mail: copep@uem.br

APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevistas para cirurgiões-dentistas que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família

Nome:

Cargo:

Idade:

Sexo:

Instituição que se formou:

Especialidade:

Ano da formatura:

Horas de trabalho/semana:

Data da entrevista:

Local:

Questões a serem abordadas

1 – Como se dá o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família?

2 – Você realiza visita domiciliar? Com que periodicidade?

3 – Como você percebe a saúde bucal sendo abordada no âmbito domiciliar?

4 – Você acha importante a odontologia adentrar o domicílio juntamente com a Estratégia Saúde da Família? Por que?

5 – Como são e quais são as ações de saúde bucal realizadas no domicílio do usuário?

6 – Quais os critérios utilizados para realizar essas visitas?

7 – Fale sobre as dificuldades encontradas para realizar essas visitas.

8 – Fale sobre as facilidades encontradas para realizar as visitas domiciliares.

9 – Qual o seu papel dentro da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família? Você participa das reuniões?

10 – Como você cirurgião-dentista se vê dentro da equipe?

11 – Nas reuniões da equipe, vocês discutem os casos mais complexos? Sua opinião é levada em consideração?

APÊNDICE2 – Roteiro de entrevistas para os enfermeiros que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família

Nome:
Cargo:
Idade:
Sexo:
Instituição que se formou:
Especialidade:
Ano da formatura:
Horas de trabalho/semana:
Data da entrevista:
Local:

Questões a serem abordadas

- 1 – Qual a sua maior dificuldade em liderar uma equipe multiprofissional?
- 2 - Você acha que a odontologia é importante dentro da ESF? Por que?
- 3- Qual a visão que você possui da odontologia dentro da equipe multiprofissional da ESF?
- 4 – Qual a visão que você possui da odontologia na visita domiciliar? É realizada pelo cirurgião-dentista? O atendimento acontece de forma eficiente?
- 5 – O que você pensa sobre o cirurgião-dentista integrado na equipe multiprofissional? Qual o papel dele?

APÊNDICE3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o Sr(a) _____ para participar do projeto de pesquisa intitulado “Percepção do cirurgião-dentista e do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família sobre o papel da odontologia na visita domiciliar e dentro da equipe multiprofissional”. O projeto será conduzido pela aluna Patrícia Bergamasco, pós-graduanda do curso de Mestrado em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá, juntamente com a Prof.^a. Dr.^a. MitsueFujimaki, professora da disciplina de Saúde Coletiva do Curso de Odontologia da UEM.

Na devida ocasião será realizada uma entrevista, utilizando como parâmetro algumas questões previamente formuladas. Essa entrevista será gravada e transcrita para que o conteúdo seja analisado. Informamos que você, participante, estará sujeito (a) a riscos/danos. Você poderá sentir-se desconfortável ou constrangido para apresentar sua sincera opinião diante do que lhe for questionado e/ou expressar informações ou experiências pessoais. O horário marcado pode não mais se adequar a sua disponibilidade, podendo remarcar a entrevista para outro dia sem prejuízo algum. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, as pesquisadoras irão conversar com o (a) participante e assumirão as devidas responsabilidades por ele. Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo, assegurando-lhe a privacidade quanto aos dados confidenciais, pessoais e coletivos, de modo a evitar tais constrangimentos. Após seu uso, o registro de voz e sua inscrição serão apagados da memória do computador. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta avaliação e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados são: 1)- trazer novos dados à literatura, contribuindo para o processo de trabalho dos profissionais no âmbito do SUS; 2) propiciar uma reflexão crítica sobre a prática dos serviços na saúde bucal; e 3)- fornecer aos gestores subsídios para as tomadas de decisões.

A realização dessa pesquisa contribuirá para um maior conhecimento da postura dos profissionais de saúde bucal e dos enfermeiros em relação à odontologia mediante a visita domiciliar e também sobre o seu desempenho dentro da Estratégia Saúde da Família, sua opinião quanto a importância da visita domiciliar para a promoção da saúde bucal. Os resultados obtidos servirão como base de dados para a realização, publicação e apresentação de trabalhos científicos, mantendo-se sempre em sigilo a

identidade dos participantes. É direito do participante o esclarecimento de qualquer dúvida relacionada à realização da pesquisa. Caso necessite de maiores esclarecimentos, poderá nos contatar ou procurar por meio das informações abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você. Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____ após ter lido e compreendido todas as informações e não restando nenhuma dúvida referente a este estudo com a pós-graduanda Patrícia Bergamasco e a Prof.^a Dr.^a. MitsueFujimaki, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar da pesquisa proposta, AUTORIZANDO A GRAVAÇÃO da entrevista. Por estarem de acordo firmam o presente termo.

Maringá, ____ de _____ de 20__.

Eu, _____, responsável pela pesquisa, declaro que prestei todas as informações necessárias para a participação do voluntário.

Assinatura: _____ data: __/__/__

Assinatura:----- data: ---/---/---

Patrícia Bergamasco

Assinatura:----- data: ---/---/---

Profa. MitsueFujimaki

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme os endereços abaixo:

Equipe:

1 Prof.^a Dr.^a. MitsueFujimaki (mfujimaki@uem.br) - Telefone (44) 3031-2717/ 9118-6464
Rua Luiz Gama, 144, apto 1601 - zona 1- Maringá - PR - CEP 87.0114-110.
2 Patrícia Bergamasco (drapatriciabergamasco@gmail.com) – Telefone (44) 99741-8736
Rua Bernardino de Campos, 346- zona 7 – Maringá – PR – CEP 87.030-160

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM (COPEP/UEM)

Universidade Estadual de Maringá

Av. Colombo, 5790. PPG, sala 4

CEP: 87020-900. Maringá - Pr

Telefone / whatsapp: (44) 3011- 4597

E-mail: copep@uem.br

Atendimento: 2ª a 6ª feira das 8h às 11h30 e 14h às 17h30.

Enquanto perdurar a situação de pandemia, o atendimento será preferencialmente via e-mail, telefone ou whatsapp.