

Processo de trabalho da equipe de saúde bucal no município de Nordestina-BA**Work process of the oral health team in the municipality of Nordestina-BA**

DOI:10.34117/bjdv6n10-232

Recebimento dos originais:01/10/2020

Aceitação para publicação:13/10/2020

Naire Ferreira de Oliveira

Formação acadêmica: Ensino superior incompleto – Graduada em Odontologia

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Rua B, nº 40A, Conj. Feira VI, Campo Limpo, Feira de Santana-BA

E-mail: naire.ferreira@hotmail.com

Aise Cleise Mota Mascarenhas

Formação acadêmica: Ensino superior incompleto - graduanda do curso de Odontologia

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Rua A, caminho 48, casa 03, Conj. Feira VI, Campo Limpo, Feira de Santana-BA

E-mail: aisecmascarenhas@gmail.com

Bruna Mendes Carvalho

Formação acadêmica: Ensino superior incompleto, graduanda do curso de Odontologia

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Rua Vasco da Gama, número 76, Bairro Jardim Cruzeiro, Feira de Santana-BA

E-mail: bruna.mc56@gmail.com

Caroline Brito dos Santos

Formação acadêmica: Ensino superior incompleto, graduanda do curso de Odontologia

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Rua da Invasão, número 650, conj. George Américo, Campo Limpo, Feira de Santana
Bahia

E-mail: carol.britoo@outlook.com

Catharine Luanne da Cruz Batista

Formação acadêmica: Ensino superior incompleto, graduanda do curso de Odontologia

Instituição - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Rua B, número 34, conj. Feira VI, Campo Limpo, Feira de Santana Bahia

E-mail – luannecathe@gmail.com

Christian Almeida Santos

Formação acadêmica: Ensino superior incompleto, graduando do curso de Odontologia

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Endereço: Rua G, casa 12, Bairro Campo Limpo, Feira de Santana Bahia

E-mail: christian08_@hotmail.com

Izabelle Alves Mendes de Oliveira

Formação acadêmica: Ensino superior incompleto, graduanda do curso de Odontologia
 Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
 Endereço: Rua Paraguai, número 100, bairro Caseb, Feira de Santana Bahia
 E-mail: iza_belle.10@hotmail.com

João Victor dos Santos Cardoso

Formação acadêmica: Ensino superior incompleto, graduando do curso de Odontologia
 Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
 Endereço: Rua Jurema, 65, Conjunto Feira 6, Feira de Santana – Bahia, Brasil
 E-mail: cardosojoaovictor@hotmail.com

Liliane Oliveira Gomes

Formação acadêmica: Ensino superior incompleto, graduanda do curso de Odontologia
 Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
 Endereço: Rua Nova. Condomínio Central Park. Quadra J. Bloco 10. AP 101. Bairro Centro.
 E-mail: liliane93odonto@gmail.com

Matheus Sousa Santos

Formação acadêmica: Ensino superior completo, licenciatura em Geografia
 Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
 Endereço: Rua Jacutinga, número 190, bairro Pedra do Descanso, Feira de Santana Bahia
 E-mail: matheus_18mts@hotmail.com

Elielson de Oliveira Santos

Formação acadêmica: Ensino superior incompleto, graduando do curso de odontologia
 Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
 Endereço: Rua dos Apaches nº 238, bairro Rua Nova, Feira de Santana - Bahia
 E-mail: elielsonoliveira2012@bol.com.br

Ana Áurea Alcício Oliveira rodrigues

Formação acadêmica: Doutorado
 Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
 Endereço: Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, Feira de Santana - Bahia
 E-mail: aaaorodrigues@gmail.com

RESUMO

A realização de um trabalho em saúde bucal, de qualidade, atendendo as diretrizes do SUS, na busca de elevar os resultados em qualidade da saúde da população, deve apresentar uma dinâmica facilitadora em seu processo. O presente trabalho teve como objetivo geral compreender como ocorre o trabalho da equipe de saúde bucal no município de Nordestina-BA. Os objetivos específicos são entender como se organiza a oferta e demanda de serviços de saúde bucal nas unidades básicas de saúde no município de Nordestina e analisar as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde bucal no processo de produção do cuidado em saúde bucal. Para alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa qualitativa, com abordagem crítica e reflexiva por meio de entrevista semiestruturada com o auxílio de um roteiro orientador. O foco em ações educativas e o investimento em políticas de prevenção às doenças, proteção e promoção da saúde têm sido o orientador do trabalho das equipes de saúde bucal de Nordestina-BA, pois acredita-se que esse é o caminho para a melhoria das condições de saúde do município.

Palavras-Chave: Trabalho, Saúde bucal, Território Sisal.

ABSTRACT

Carrying out quality oral health work, in compliance with SUS guidelines, in the quest to increase the results in quality of the population's health, should have a facilitating dynamic in its process. The present work had as general objective to understand how the oral health team works in the municipality of Nordestina-BA. The specific objectives are to understand how the supply and demand of oral health services is organized in basic health units in the municipality of Nordestina and to analyze the difficulties faced by the oral health team in the process of producing oral health care. To achieve the proposed objectives, a qualitative research was carried out, with a critical and reflective approach through semi-structured interviews with the help of a guiding script. The focus on educational actions and investment in disease prevention, protection and health promotion policies have been the guiding work of the oral health teams in Nordestina-BA, as it is believed that this is the way to improve conditions municipality's health system.

Keywords: Work, Oral health, Sisal Territory.

1 INTRODUÇÃO

Define-se trabalho como uma atividade que é intrínseca do ser humano, que não está apenas associada a uma atividade ou unicamente ao ganho, mas sim envolto de uma série de fatores que compreendem tanto ideologias quanto necessidades inerentes à vida, como a tríade social, cultural e econômica. Desta maneira, o indivíduo sente-se motivado a constantemente recriar o seu trabalho, para que este responda às suas necessidades de manutenção da vida, como também reavivando sentimentos de pertencimento a uma sociedade ou comunidade, representando a base das interações sociais e uma das características centrais da sociedade moderna (SIMAS; PINTO, 2017).

O trabalho em saúde garante a sua efetividade e qualidade através do trabalho coletivo e multidisciplinar. A interação e o trabalho conjunto de diversos profissionais, garantem o atendimento e o suporte ao paciente em todas as complexidades. O trabalho em saúde além de ser um trabalho laboral, é também um trabalho social, abrangendo uma concepção subjetiva do cuidado (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Na saúde o objeto de trabalho é composto por todo o grupo social, demandando ações coordenadas da equipe em questão, frente as necessidades identificadas na população de determinado território de atendimento. Os serviços prestados na saúde devem sempre prosseguir na tentativa de alcançar a equidade no cuidado, buscando sempre melhorar os serviços oferecidos (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

O Território do Sisal, na Bahia, abrange uma área de 21.256,5000 Km², ocupa uma área de 3,6% da área total do Estado da Bahia (SIT, 2020) e é composto por 20 municípios: Barrocas, Biritinga, Conceição do Coité, Ichu, Lamarão, Retirolândia, Santaluz, São Domingos, Tucano, Araci, Candéal, Cansação, Itiúba, Monte Santo, Nordestina, Queimadas, Quijingue, Serrinha,

Teofilândia e Valente. A população total do território é de 582.331 habitantes, dos quais 333.149 vivem na área rural, o que corresponde a 57,21% do total (IBGE, 2014). Possui 58.238 agricultores familiares, 2.482 famílias assentadas, 2 comunidades quilombolas e 1 terra indígena. Seu Índice de Desenvolvimento Humano, IDH, médio é 0,600 (III Encontro Nacional de Agroecologia, 2014).

Caracteriza-se como uma das regiões mais pobres do estado da Bahia e, em consequência disso, enfrenta graves problemas socioeconômicos que repercutem na saúde dos habitantes da região. A infraestrutura de saúde nos municípios do Território do Sisal pode ser considerada crítica, com números de médicos e de leitos hospitalares muito distantes das recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS. O atendimento médico no Território do Sisal limita-se às consultas médicas e aos serviços ambulatoriais (CODES, 2010). Os casos mais graves são conduzidos para capital baiana, Salvador. Além da infraestrutura precária, a saúde nesse território de identidade carece de diversas especialidades médicas/clínicas e de profissionais mais qualificados, capazes de atender aos casos de média/alta complexidade na Bahia.

Apesar do quadro apresentado em 2010, houve avanços e já existem, no Território do Sisal, mais de 104 equipes da Estratégia de Saúde da Família, ESF, distribuídas nos 20 municípios, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde, sobretudo por parte da população rural (SILVA, 2012). A ESF, criada em 1993, é composta prioritariamente por um profissional de enfermagem, um médico, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. A Equipe de Saúde Bucal – ESB –, inserida apenas onze anos após a sua criação ESF, é formada por um cirurgião-dentista – CD – e um auxiliar de saúde bucal – ASB – e/ou um técnico de saúde bucal – TSB (BRASIL, 2004). O objetivo das equipes da ESF, é promover a manutenção da saúde da família, mediante a prevenção, a recuperação e a reabilitação de doenças frequentes, não menos complexas, mas que necessitam de menor densidade tecnológica para sua resolutividade.

Nordestina é uma das cidades do território do Sisal. Foi fundada em 1985 e sua área é de 4.686,889 Km². De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010 sua população era de 12.458 habitantes e o município possuía apenas um hospital com 24 leitos (SILVA, 2012). Está entre as cidades com piores IDH e possui o menor índice de desenvolvimento econômico do Território do Sisal. Esses baixos índices socioeconômicos tendem a refletir nos investimentos em saúde do município o que torna necessário um maior foco na educação popular em saúde.

A criação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, em 2003, levou à reflexão sobre a organização do trabalho e a atuação do cirurgião-dentista frente à formação individual, curativista, biologicista e fragmentada, que se fazia hegemônica nas instituições de ensino que por vezes privilegiava os aspectos técnicos e teóricos de sua atuação profissional. Além

disso, foi possível, com a inserção da Equipe de Saúde Bucal na ESF, a criação de um espaço de práticas e relações para reorientação do processo de trabalho, bem como a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Assim, o cuidado em saúde bucal passou a exigir a conformação de uma equipe de trabalho, participando da gestão dos serviços e dando resposta às demandas da população, no intuito de ampliar o acesso às ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde bucal, seja em caráter coletivo ou individual, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2006). O profissional de saúde bucal domina a intimidade das doenças mais frequentes da área estomatológica, bem como as medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e curá-las.

Em decorrência do enorme atraso da inserção de serviços odontológicos na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde – SUS –, a demanda reprimida por atendimentos de média e alta complexidades, a exemplo do tratamento endodôntico e da extração dentária, se tornou frequente. Para suprir essa demanda por atendimento especializado, criou-se o Centro de Especialidades Odontológicas, CEO. Para ser implantado, o gestor municipal deverá apresentar uma proposta ao Conselho Municipal/Estadual de Saúde, solicitando o serviço, em busca de melhores condições de saúde bucal para a população (BRASIL, 2016). O município de Nordestina, lamentavelmente, no momento da pesquisa, não contava com um CEO.

O presente trabalho foi desenvolvido com o intuito de compreender como ocorre o trabalho da Equipe de Saúde Bucal no município de Nordestina. Por meio dos objetivos específicos, buscou-se entender como se organizam a oferta e a demanda de serviços de saúde bucal nas USF do município e analisar as dificuldades enfrentadas pela ESB no processo de produção do cuidado em saúde bucal.

A realização desse trabalho foi motivada pela falta de informação sobre a situação de saúde bucal dos municípios sisaleiros. No momento da realização do levantamento bibliográfico sobre o tema, pouco se encontrou sobre essa região. Poucos pesquisadores se preocuparam em estudar as condições de saúde bucal dessa região e, com isso, não são apresentados muitos dados sobre como são organizados e realizados os serviços de saúde em Nordestina. Assim, esse trabalho pretende fornecer informações sobre a realidade do atendimento à população e sobre as dificuldades na produção do cuidado para que os gestores fiquem atentos às necessidades de mudança do cenário e atuem para a melhoria na qualidade de saúde bucal e de vida dos nordestinenses.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Para que houvesse a devida aproximação do objeto de estudo optou-se por uma abordagem qualitativa, crítica e reflexiva, que permitiu nos aproximar dos processos históricos que configuram os distintos padrões de relação entre Estado e sociedade, bem como as características dessa configuração no encaminhamento das propostas de mudança do setor saúde (TEIXEIRA, 1995).

Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado no município de Nordestina, no ano de 2017, tomando como cenário de estudo as Unidades Básicas de Saúde/Unidade de Saúde da Família, considerando a dinâmica do processo de trabalho e dos serviços de saúde bucal. Sujeitos do Estudo - Cirurgiões-dentistas, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal - grupo representativo dos sujeitos que exercem a prática em saúde bucal, dentro da equipe de Saúde da Família.

Técnicas de Coleta de Dados

Para coleta dos dados foi utilizada entrevista semiestruturada, com roteiro orientador, complementado pela análise de documentos. A análise do material coletado, para o melhor entendimento das questões deste estudo, utilizou a proposta de análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (2013), buscando, na especificidade de um contexto histórico-social, explicar e interpretar conflitos, relações e práticas sentidas, percebidas e experimentadas no cotidiano da prática da saúde bucal. Nesse sentido, a análise dos dados seguiu alguns passos, a ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos.

- 1 – Ordenação dos dados: referiu-se ao primeiro contato com o material empírico coletado. Esse momento envolveu a transcrição das entrevistas, leitura geral do material transcrito, organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas, e nos documentos.
- 2 – Classificação dos dados: Os dados empíricos foram classificados a partir dos objetivos e pressupostos teóricos da pesquisa.
- 3 – Análise final dos dados.

Nessa fase foi realizado o entrecruzamento entre as entrevistas, complementando-as com os documentos. Realizada a classificação das falas dos entrevistados, foram realizadas as sínteses horizontal e vertical, e o confronto entre os sujeitos, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares. Em seguida, analisamos os dados empíricos, tendo como referência as categorias empíricas elaboradas. E então, nessa fase, a partir do material construído durante as entrevistas, foi

feito o entrecruzamento entre as diferentes informações levantadas, complementando-as com os documentos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados desse trabalho foi organizada a partir das categorias empíricas para facilitar a compreensão do processo de trabalho da equipe. As categorias são oferta x demanda, resolubilidade, trabalho desenvolvido, vínculo, trabalho em equipe, disponibilidade de materiais e motivação para trabalhar. Os dentistas foram identificados como CD1, CD2, CD3 e CD4. Os técnicos de saúde bucal foram identificados como TSB1 e TSB2. E o auxiliar de saúde bucal, identificada como ASB1.

3.1 OFERTA X DEMANDA

A oferta de serviços de saúde está relacionada à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção à saúde; e demanda é a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido (RODRIGUES, 2005) e que pode ser dividida em demanda potencial da efetiva no que se refere ao grande fluxo da população ao serviço, demanda reprimida em que o estabelecimento não é capaz de ofertar devido ao volume ou tipo de serviço e demanda atendida, distinções necessárias para avaliar a cobertura, acessibilidade e resolutividade (TEIXEIRA. et al, 2010). Existem muitos fatores que influenciam na oferta e na demanda dos serviços, como fatores políticos, administrativos e culturais, que interferem na busca pelo atendimento por parte dos usuários e na oferta dos serviços ou na forma como são ofertados pelos profissionais de saúde.

A demanda pelo atendimento é geralmente grande, o que pode dificultar a qualidade do cuidado, uma vez em que os profissionais se preocupam em atender a todos e para isso, muitas vezes não oferecem o atendimento com a atenção adequada. A demanda pode ser organizada ou espontânea - a organização das demandas parte do diagnóstico de problemas e do planejamento em saúde, dados epidemiológicos, por exemplo, podem auxiliar na disposição da demanda, é a partir da caracterização das necessidades da população que os atendimentos serão sistematizados, a demanda organizada se dá mediante marcação (BRASIL,2014). A demanda espontânea é o nome dado a qualquer atendimento não programado realizado na unidade de saúde, como os atendimentos de urgência, atendimento no qual não houve uma marcação prévia (PAULINO, 2014).

O CD1 atende 5 pacientes agendados por turno e 2 de demanda espontânea. Tem uma agenda de marcação na segunda feira e para ser atendido novamente o paciente precisa remarcar. Isso dificulta o segmento do tratamento, pois o paciente não tem garantia do atendimento.

Os CDs 2, 3 e 4 revelam a importância dos agentes comunitários de saúde (ACS) na organização da demanda, pois os ACS trazem as necessidades dos pacientes para a unidade. A técnica de saúde bucal faz as marcações das consultas.

O CD3, por ter chegado recentemente na unidade, ainda não sabe como será a dinâmica do seu atendimento e o CD4 segue a dinâmica do atendimento dos outros profissionais da unidade, o que é bom para a integralidade no atendimento do paciente. Os TSB e o ASB são convergentes. Todos eles trabalham com demanda organizada por agendamento. O TSB1 diz que a prioridade de atendimento é para os menos favorecidos financeiramente. O ASB1 ressalta o atendimento a pacientes com dores, e revela a importância dos ACS ao marcar as consultas.

No modelo do PSF, a atenção é prestada por meio de uma equipe formalmente constituída, que traz como peculiaridade a figura dos agentes comunitários de saúde, reforçando a abordagem comunitária (PAULINO,2014). Os ACS têm uma forte ligação com a população e entendem suas necessidades, inclusive na área da saúde bucal, atuam de forma que extrapolam suas obrigações, previstas pelo Ministério da Saúde, evidenciando uma flexibilização das tarefas, na tentativa de dar respostas positivas às demandas da população. Dessa forma, acabam rompendo o enrijecimento da organização do trabalho, que se dá quando a divisão de tarefas é bem definida, ficando cada trabalhador responsável pelo seu campo exclusivo de atuação (RODRIGUES, 2005).

3.2 VÍNCULO

De acordo com o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, vínculo é “tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; ligação moral gravame, ônus, restrições; relação, relação subordinação; nexos, sentido.”

O vínculo na atenção à saúde é a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e conseqüentemente evitando consultas e internações desnecessárias. Essa relação requer a cooperação mútua entre as pessoas da família, da comunidade e os profissionais da unidade de saúde (BRUNELLO, 2010). A manutenção do vínculo melhora as condições de saúde dos usuários do serviço ao facilitar a atenção à saúde e conseqüentemente prevenir futuros adoecimentos.

Ademais, a satisfação dos profissionais de saúde em desempenhar suas atividades laborais com comprometimento e excelência, está diretamente relacionado com a possibilidade de implementar relações de vínculo com o usuário (SORATTO et al., 2020).

O vínculo dos usuários com o serviço sofre influência de muitos fatores, cabe a equipe buscar driblar as dificuldades para oferecer o atendimento, o acesso dos pacientes à unidade de saúde é um dos fatores que interfere no vínculo, e, em busca de solucionar esse problema as equipes realizam visitas domiciliares.

“A gente vai até a própria casa do paciente, o paciente que pode vir, eles conseguem carro, essas coisas, eles vêm, e os que são acamados a gente vai até lá, o agente de saúde marca” (TSB2).

Nas falas dos entrevistados percebeu-se que os ACS são os sujeitos mais importantes para fortalecer o vínculo da unidade com os pacientes, são eles que passam a demanda dos pacientes para a unidade. Isso foi registrado por Rodrigues, Santos e Assis (2010, pg. 208) ao afirmar que os agentes comunitários de saúde atuam como sujeitos que possibilitam a comunicação entre os usuários e os trabalhadores de saúde, articulando escuta e fala, sendo um facilitador na criação do vínculo interpessoal. A relevância da atuação do ACS foi observada também por Rodrigues, Santos e Assis (2010, pg. 908, 909), em um estudo no município de Alagoinhas, BA, onde concluiu que esse tem sido um ator fundamental para a mudança do modelo de atenção a partir do acompanhamento simbiótico da comunidade.

Nas falas os entrevistados afirmaram existir uma boa relação entre os pacientes e a equipe da unidade, tomando como exemplo a definição do plano de tratamento, a maioria, com exceção do TSB1, afirmou que existe uma negociação com o paciente.

Existe uma grande rotatividade de profissionais nas unidades de saúde do município, atualmente, praticamente toda equipe de saúde do município foi trocada por questões políticas, isso interfere na qualidade do atendimento, no proceder dos tratamentos dos pacientes, dificulta a relação entre a equipe e a comunidade. Esse processo facilita a resolução de conflitos existentes na prática cotidiana nas polícias de saúde pública. Porém, para que haja essa formação de vínculos, o grupo de trabalho deve ser maleável, receptivo e adaptável às contínuas modificações que ocorrem no serviço (MARTINS et al., 2012).

3.3 TRABALHO DESENVOLVIDO

Os procedimentos clínicos realizados na unidade são os mais simples, todos os CDs afirmaram realizar exodontia, raspagem, limpeza e restauração. O CD1 e o CD4 e a ASB1 ressaltaram a realização de escovação supervisionada nos pacientes, o que é fundamental para

prevenção e diminuição da incidência de muitas doenças bucais, como cárie e periodontite. O TSB2 afirmou realizar sala de espera, outro meio de grande importância para manter a comunidade informada sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de muitas doenças, e a manutenção da saúde (BRASIL, 2004).

O desenvolvimento do trabalho, muitas vezes, fica limitado pela falta de materiais e instrumentais, como é o caso das restaurações em resina, que são pouco realizadas nas unidades de saúde de Nordestina, pelo fato de só contar com um fotopolimerizador para todo o município; o CIV (cimento de ionômero de vidro) também é utilizado, porém o amálgama é o material restaurador mais utilizado pelas equipes.. Exames radiográficos são realizados apenas em uma das unidades, a que está situada na sede do município, por não ter aparelho radiográfico nas outras unidades, o que dificulta a realização dos procedimentos.

“Me surpreendi porque geralmente fala de amálgama que tá em desuso, mas aqui eu percebi quando cheguei na unidade que é o que tem mais é o amálgama; coloquei na lista ontem, precisa de um foto aqui, porque cavidade rasa precisa de resina gente, dente anterior, resina” (CD3)

Geralmente as pessoas mais velhas, principalmente em cidades pequenas, não entendem que a odontologia não se baseia apenas na extração do dente, que existem meios de recuperar um dente cariado, por exemplo, por isso, muitos idosos são edêntulos e normalizam essa condição (BITENCOURT, 2019). Isso ficou evidenciado na fala da CD3.

“De curativo, eu acho que vai ser mais extração, que vem da cultura mesmo, eu já tinha ido na casa de algumas pessoas e eles já disseram “ ah eu tenho que ir marcar lá que eu tenho um dente pra extrair, tenho um dente pra tirar”, falavam assim né, eu falava moça vai que esse dente ainda presta, brincando com ela, vamos ver, vamos ver direitinho” (CD3).

Ações coletivas, na unidade e fora da unidade, foram evidenciadas nas falas de toda a equipe, que relataram as atividades nas escolas da comunidade, por meio do PSE (programa saúde na escola) e em datas comemorativas. Essas atividades são de grande importância na prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2004).

“Geralmente tem outubro rosa, novembro azul, dia da mulher, teve dia do homem, PSE, tem atividades do PSE nas escolas, ainda vai haver esse ano, mas já estamos conversando, já vai ter uma reunião sobre isso, sobre o PSE, juntamente com o NASF também” (CD2).

O TSB2 afirmou realizar visitas domiciliares e o CD3, apesar de recém-chegado na unidade, já incluiu essa ação em seu planejamento. Esse tipo de atividade garante o cumprimento da equidade, um dos princípios do SUS (BRASIL, 2004).

“Um dia na semana vou ver se eu visito os acamados, fazer visita domiciliar pra fazer higienização, cuidar, porque eles não têm como vir à unidade, os acamados que a gente fala é muitas vezes idosos, aqueles bem velhinhos” (CD3).

3.4 RESOLUBILIDADE

De acordo com o Ministério da Saúde, resolubilidade é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (BRASIL, 2006).

Está previsto no Art. 196. da Constituição Federal Brasileira, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. As autoridades têm a obrigação de oferecer resolubilidade para os problemas de saúde da população, quando o município não oferece em sua rede um determinado atendimento, este deve ter parcerias com algum centro de atendimento para dar assistência a população.

Dentre os principais fatores que demandam uma grande procura ao atendimento odontológico estão o tratamento de doenças como a cárie e a doença periodontal que podem ser reduzidos significativamente em relação a demanda de atendimento se medidas de prevenção básicas fossem adotadas precocemente, como a instrução de higiene oral e a motivação, visto que a atuação mais promissora frente a qualquer doença é evitar o seu surgimento e a taxa de sucesso é reduzida significativamente quando se parte para o tratamento da doença já instaurada (ZAFFALON et al, 2020).

Existe convergência entre o CD1, CD3 e CD4, TSB1 e ASB1 ao afirmarem que o município não tem um centro de referência para encaminhar os pacientes que necessitem de algum tratamento que não é ofertado na unidade de saúde, nesses casos os pacientes ficam desassistidos e são responsáveis por buscar uma forma de conseguir o tratamento. No entanto o CD02 diverge dos demais ao afirmar que os pacientes que necessitam de atendimento especializado são atendidos pelo coordenador de saúde bucal do município, uma vez por semana. O TSB2 também afirma que os pacientes que necessitam de atendimento mais complexo são encaminhados para a unidade de saúde da sede do município e acrescenta que os pacientes de emergência são encaminhados para o hospital da cidade.

“Quando os pacientes necessitam de alguma especialidade que aqui não pode oferecer eles são encaminhados pra a unidade da sede onde o coordenador de saúde bucal ele vai atender sempre um dia na semana e ele vai fazer a parte de especialidades” (CD2).

“Não tem um CEO na região, que eu procurei saber se tinha um CEO, aqui não tem, aí estou procurando saber como vai ser os casos mais graves, tipo endo não se faz né na unidade básica aí quero saber como vamos fazer” (CD3).

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é um serviço que garante a resolubilidade dos problemas odontológicos que a unidade de saúde não tem capacidade de solucionar, a disponibilidade desse serviço impede que o paciente fique desamparado, tendo em vista que uma doença de boca pode acarretar problemas futuros, inclusive levar o indivíduo a óbito. A falta de um CEO no município de Nordestina deixa os pacientes que necessitam de atendimento especializado desassistidos, uma saída seria pagar pelo tratamento particular, porém como a população é, em maioria, de baixa renda, não conseguem resolubilidade, o que dá a possibilidade de gerar um problema maior.

3.5 TRABALHO EM EQUIPE

O trabalho em equipe é essencial e serve como método de enfrentamento da crescente heterogeneidade das doenças, tanto nas deficiências de saúde que necessitam de uma atuação ampla quanto na estrutura dos serviços do sistema de atenção ao paciente em rede. Com o envelhecimento da população houve uma elevação na incidência das doenças crônicas que precisam de um acompanhamento por um longo período de tempo, dessa forma para melhor atender os pacientes dos serviços de saúde, se organizaram em um formato de equipes com o objetivo de garantir um atendimento multidisciplinar (PEDUZZI et al, 2020).

Para o desenvolvimento de um bom trabalho, em qualquer setor, é necessário que se tenha uma equipe bem articulada, que todos trabalhem com o mesmo objetivo, uma equipe focada e bem gerida apresenta resultados satisfatórios. No município de Nordestina percebe-se por meio das falas da equipe de saúde bucal que a coordenação da saúde do município, apesar de nova, está engajada na busca de melhorias para a saúde do município.

“Ontem mesmo teve uma reunião, mas parece que o pessoal tá bem focado tá bem, na questão mesmo de prevenção eles tão bem agora querendo isso e eu achei bem interessante que a promoção de saúde bucal e tudo que vai fazer aqui no município vai ser voltado a isso, mais voltada a isso, claro que vai ter a parte curativa, mas vamos tentar ao máximo tentar prevenir os casos de doença, e eu vi que eles são bem articulados certinhos, é que a gestão é nova” (CD3).

São realizadas reuniões de planejamento mensais com toda a equipe para definir as ações. Essas reuniões são importantes para a realização de um trabalho multidisciplinar e por meio desses planejamentos os profissionais contemplam a integralidade, um dos princípios do SUS, em que o paciente é visto como um todo, pelo olhar de toda a equipe de saúde (BRASIL, 1988).

Para um atendimento multidisciplinar é essencial que toda a equipe participe das ações de convívio coletivo, porém foram observadas divergências nas falas dos entrevistados, o CD2 afirma que durante as atividades fora da unidade, toda a equipe participa, já o ASB1 diverge, afirmando que durante ações extra unidade, apenas o dentista e o auxiliar de saúde bucal participam

3.6 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS EQUIPES

Ao escrever sobre as dificuldades encontradas pela equipe de saúde bucal na atuação em ESF, Boareto (2011) destacou a falta de integração dos profissionais ao restante equipe do ESF, a proposta da inserção da ESB em uma equipe multiprofissional afronta valores, lugares e poderes consolidadas pelas práticas dos modelos anteriores, além de introduzir uma nova forma de atenção com relação à saúde bucal.

No município de Nordestina percebe-se que o trabalho multidisciplinar ainda falta ser aprimorado, isso é perceptível através da fala do ASB1, o qual afirma que durante atividades fora da unidade participam apenas o dentista e o auxiliar, enquanto os outros integrantes da equipe de saúde não participam.

Formação profissional inadequada para atuar no SUS é uma das dificuldades apresentadas por diversos autores. Rocha e colaboradores (2014) indicam que o investimento na formação de profissionais e na sua fixação pode contribuir significativamente para melhorar os índices de eficiência obtidos pelas equipes de saúde da atenção básica. Alguns profissionais com maior tempo de formação receberam uma formação tecnicista e biologicista, não voltada para os objetivos do SUS, para atuar no SUS o trabalhador deve estar voltado para ações que priorizem a promoção e a proteção à saúde e prevenção às doenças, focar no indivíduo como um todo. Gonzáles e Almeida (2010) defendem e debatem que tal mudança depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde. A formação que recebem, na maioria dos casos, se distancia de práticas que objetivem a melhoria das condições de vida da comunidade, por meio de ações preventivas e integradas.

Segundo Carvalho e colaboradores (2004) o modelo de formação universitária em saúde vigente no país historicamente tem definido um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos, o que não é adequado à filosofia de trabalho do PSF. Além disso, os cursos de graduação de Odontologia não contêm, na grade curricular, o preparo para o trabalho em equipe multiprofissional – médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental – o que dificulta a garantia de um atendimento interdisciplinar aos pacientes da unidade de saúde.

A falta de formação profissional ou capacitação dos Auxiliares de Saúde Bucal é um problema que preocupa os dentistas de Nordestina, um dos dentistas (CD3) do município relatou que o cargo da recepcionista da unidade foi trocado para ASB. Isso foi também observado por Marqui e colaboradores (2010), ao relatar sobre a falta de qualificação profissional, o que atrapalha o andamento do trabalho realizado pela equipe.

“O que eu tô percebendo é a ausência de formação do técnico de saúde bucal parece que nenhum dos PSF vai ter o técnico, é treinado, entendeu, é quem tava na recepção, sei o que vai acontecer não” (CD4).

A falta de materiais e instrumentais dificulta a realização do trabalho o que implica em um menor número de atendimentos e a não resolubilidade dos problemas, apresentados pelos pacientes, que demandam de tratamentos curativos, que seriam oferecidos na unidade caso esse problema não existisse, nas unidades observadas esse se mostrou um problema frequente, essa também foi uma dificuldade apresentada por Ayach e colaboradores (2014, pg. 258)

“Desde que comecei só estou realizando procedimentos de limpeza e restauração provisória porque está faltando alguns materiais, como fotopolimerizador e anestésico” (CD2).

“Eu testei a cadeira, a cadeira tá com um bom funcionamento, o foco, a cadeira ela levanta, abaixa a cabeceira, só que a parte do braço onde fica toda a seringa tríplice, aquelas outras funções não tá funcionando” (CD4).

As mudanças na gestão do município interferem no processo de trabalho de forma negativa ao elevar a rotatividade dos profissionais, essa rotatividade enfraquece o vínculo dos usuários com a unidade de saúde além de atrapalhar a finalização dos tratamentos que estão em andamento, com a mudança da equipe também ocorre mudança nas estratégias de atuação, o que pode resultar em não conclusão de projetos que estavam em desenvolvimento, isso pode fazer com que o usuário perca a credibilidade no serviço. Em sua pesquisa Ayach e colaboradores (2014) observou uma grande rotatividade dos cirurgiões dentistas, o que ele afirma dificultar a otimização do atendimento e principalmente não criar vínculo com a comunidade.

Outro problema relatado por Ayach e colaboradores (2014) na conclusão dos tratamentos é a interface entre os serviços de atenção básica e a atenção secundária, pois vários fatores devem ser levados em conta como: equidade, integralidade, eficiência, e a contrarreferência também é assegurada após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo dele. Essa foi uma dificuldade também encontrada em Nordestina, onde não existe um centro de referência para encaminhamento de pacientes que necessitam de tratamento especializado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa teve seus objetivos alcançados a partir do momento que tornou possível o entendimento de como ocorre a dinâmica do processo de trabalho e mostrou as dificuldades enfrentadas para realizá-lo. Os resultados encontrados em Nordestina não se distanciam dos encontrados em outras pesquisas em municípios brasileiros, ao demonstrar a necessidade do reforço na atenção básica do município, por ser uma comunidade carente, em que as unidades de saúde ficam em sua maioria localizadas em áreas rurais percebe-se a necessidade de focar em políticas de prevenção à doenças e promoção à saúde

No desenvolvimento de um trabalho com potencial para alcançar os objetivos propostos, a equipe de saúde necessita de apoio e de uma boa gestão. Em Nordestina os profissionais relataram ter esse apoio, afirmaram o fato de a gestão estar focada e ter uma boa articulação, as equipes realizam reuniões de planejamento e buscam trabalhar em conjunto, isso aponta que estão no caminho certo para solucionar as deficiências em saúde da comunidade. O conhecimento é indispensável em qualquer área, na saúde, ao lidar com a condição de vida dos indivíduos, os profissionais precisam estar em processo de educação permanente e continuada, o cotidiano do trabalho em saúde enriquece o profissional durante o processo de ensino-aprendizagem, o que lhe proporciona experiências para atuar diante de diferentes situações. Atender às demandas da população exige conhecimento sobre estas, as equipes de saúde, antes de realizar planejamentos intervencionistas na comunidade, devem estudar as condições e reais necessidades da comunidade em que irá atuar, assim, o planejamento será centrado, e os objetivos serão traçados de acordo com as necessidades dos usuários, agindo dessa forma, eleva possibilidades de se obter sucesso nas atividades realizadas.

A educação em saúde é o principal caminho no desafio para alcançar melhores resultados na diminuição da incidência de doenças bucais nos moradores da comunidade e as equipes de saúde bucal de Nordestina demonstraram estar focadas nessa questão, o que pode representar evolução das condições de saúde bucal da comunidade. Porém a alta rotatividade e a recente chegada da maioria dos profissionais de saúde ao município causam interferência no vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, o que conseqüentemente dificulta o processo da busca de melhorias. Os fatores que cooperam para a alta rotatividade dos profissionais devem ser analisados para diminuir os prejuízos causados.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev Bras Educ Med.** v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- AYACH. C. et. Al. Saúde bucal na USF: os desafios do cumprimento de metas. **J Health Sci Inst.** v. 32, n. 3, p. 253-259, 2014.
- BITENCOURT, F.V. et al. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 169-180, jan. 2019.
- BOARETO, P. P. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Minas Gerais, 2011.
- BRASIL. Atenção Primária à Saúde. Como organizar o acolhimento à saúde?. Telessaúde Santa Catarina, 2014.
- BRASIL. Equipe de Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: Registro de uma conquista histórica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ABC DO SUS DOCTRINAS E PRINCÍPIOS. Brasília/DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2004.
- BRASIL. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 20, 2016.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988.
- BRUNELLO, M. E. F. et. al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm.** São Paulo. v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.
- CARVALHO, D. Q. et. al. A DINÂMICA DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. Jan./jun. 2004.
- CODES – Conselho Regional de Desenvolvimento Rural Sustentável da Região Sisaleira do Estado da Bahia. **Plano territorial de desenvolvimento sustentável do Sisal**. Valente: CODES, 2010. 112 p.
- COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em debate**, v. 38, p. 733-743, 2014.
- ELLERY, A. E. L., BOSI, M. L. M., LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc.** v.22, n. 1, p. 187-198, 2013.
- FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Rev. Saúde debate.** v. 40, n. 110, jul-set. 2016.
- GONZÁLEZ, A. D., ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Cien Saude Colet.** 2010;

III ENCONTRO NACIONAL DE AGROECOLOGIA. CARAVANA AGROECOLÓGICA E CULTURAL DA BAHIA. Juazeiro, maio de 2014. Disponível em <https://aarj.files.wordpress.com/2014/05/caderno-iiiiena-1.pdf>.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, Dezembro. 2010.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 13ª ed. São Paulo: **Hucitec**, 404 p, 2013.

PAULINO, J. A. Demanda espontânea x Demanda programada: Lidando com a procura maior que a oferta. Minas Gerais, 2014.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revista ao conceito e aos seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho de Educação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2020.

ROCHA, T. A. H., et al. Human resource management in health and performance of work process in the primary health care-an efficiency analysis in a Brazilian municipality. **J Health Manag.** 2014;

RODRIGUES, A. et al. SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAIANO. **Revista Baiana de saúde pública**, v.35, n.3, p.695-709, 2011.

RODRIGUES, A; SANTOS, A; ASSIS, M. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 907-915, May. 2010.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Rev. Ciênc. saúde colet.** v. 23, n. 3, mar. 2018.

SILVA, F. P. M. DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL: A EXPERIÊNCIA DO TERRITÓRIO DO SISAL NA BAHIA. **Corecon-Ba**. Minas Gerais, 2012.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Rev. Ciênc. saúde colet.** v.22, n 6, jun. 2017.

SIT - SISTEMA DE INFORMAÇÕES TERRITORIAIS. MINISTÉRIO DA AGRICULTURA. **Território Rural, Abrangência Território do Sisal-BA**. 2020.

SORATTO, J. et al. Satisfação dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Brasil: Um Estudo Qualitativo. **Texto & Contexto Enfermagem**; v. 29, Jan. - Dec. 2020.

TEIXEIRA, C. et al. PLANEJAMENTO EM SAÚDE: CONCEITOS, MÉTODOS E EXPERIÊNCIAS. **Editora da Universidade Federal da Bahia**, Salvador, 2010.

TEXEIRA C. F. Epidemiologia e Planejamento em Saúde: Contribuição ao Estudo da Prática Epidemiológica no Brasil. 1990-1995. 300 folhas. **Tese de Doutorado**. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

ZAFFALON, G. T. et al. Avaliação da Efetividade da Instrução de Higiene Bucal em Alunos do Primeiro Ano do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Metropolitana de Santos. **Brazilian Journal of Development**. v. 6, n. 8, p. 58719 – 58729. Curitiba, aug. 2020.