



SAÚDE ^e SOCIEDADE

Anais

EPATESPO 2016

novembro 2016
ISSN 0104 - 1290

25/Supl.2

Saúde e Sociedade é uma revista que tem por finalidade divulgar a produção das diferentes áreas do saber, sobre práticas de saúde, visando ao desenvolvimento interdisciplinar do campo da saúde pública. Destina-se à comunidade de profissionais do campo da saúde, docentes, pesquisadores, especialistas da área de Saúde Pública/Coletiva e de áreas afins. Uma iniciativa interinstitucional da Faculdade de Saúde Pública da USP e da Associação Paulista de Saúde Pública.

The purpose of the journal **Saúde e Sociedade** is to disseminate the production of different areas of knowledge about health practices, aiming at the interdisciplinary development of the field of public health. It is designed for the community of healthcare professionals, lecturers, researchers, experts of the Public/Collective Health Area and related areas. It is an interinstitutional effort of Faculdade de Saúde Pública/USP and Associação Paulista de Saúde Pública.



Faculdade de Saúde Pública da USP

Diretora | Dean

Victor Wünsch Filho

Vice-Diretor | Vice-Dean

Patricia Helen de Carvalho Rondó

Associação Paulista de Saúde Pública

Presidente | President

Marília Cristina P. Louvison

Vice-Presidente | Vice-President

José Alexandre Buso Weiller

Diretora Secretária | Secretary Officer

Cleide Lavieri Martins

Diretora de Extensão | Extension Officer

Sandra Costa de Oliveira

Diretor de Comunicação | Communication Officer

Allan Gomes de Lorena

Diretora de Finanças | Financing Officer

Lygia Botelho

Coordenador do 15º Congresso Paulista de Saúde Pública

Ana Lúcia Pereira

Editoras Científicas | Scientific Editor

Aurea Maria Zöllner Ianni - FSP/USP

Eunice Nakamura - Unifesp e APSP

Editores Associados | Editors

Marcia Couto - FM/USP

Miguel Montagner - UnB

Myriam Raquel Mitjavila - UFSC

Nivaldo Carneiro Junior - FCMSCSP e FMABC

Raul Borges Guimarães - UNESP

Vanessa Elias de Oliveira - UFABC

Editores Executivos | Executive Editor

Cleide Lavieri Martins - FSP/USP

Editores Convidados | Guest Editors

Aylton Valsecki Junior

Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

Fernanda Lopez Rosell

Silvio Rocha Corrêa da Silva

Assistente Editorial | Editorial Assistant

Luiza Lotufo de Barros

Conselho de Consultores | Advisory Editors

Alcindo Antonio Ferla - ESP/SESRS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde

Augusta Thereza de Alvarenga - FSP/USP

Maria Bernadete de Cerqueira Antunes - UFPE

Carme Borrell - Agència de Salut Pública - Barcelona

Christovam Barcellos - ICICT/Fiocruz

Didier Lapeyronnie - Université Victor Segalen Bordeaux II

Eduardo Suárez - Universidad del Salvador - Buenos Aires

Eleonora Menicucci de Oliveira - UNIFESP

Evelyne Marie Therese Mainbourg - C. P. Leônidas e Maria Deane/FIOCRUZ-AM

Francisco Eduardo Campos - UFMG

Gustavo Caponi - UFSC

Helena Ribeiro - FSP/USP

Jairnilson Silva Paim - ISC/UFBA

Jean-Pierre Goubert - École des Hautes Études en Sciences Sociales - Paris

José da Rocha Carneiro - FMRP/USP

José de Carvalho Noronha - CICT/FIOCRUZ

Lynn Dee Silver - Columbia University New York City

Luciano Medeiros Toledo - C. P. Leônidas e Maria Deane/FIOCRUZ-AM

Maria Cecília de Souza Minayo - ENSP/FIOCRUZ

Mary Jane Paris Spink - PUCSP

Oswaldo Fernandez - UNEB

Patrick Paul - Université François Rabelais -Tours



Credenciamento/Accreditation

Programa de Apoio às Publicações Científicas e Periódicas da USP

Saúde e Sociedade / Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública. v. 1, n. 1 (jan./jun. - 1992) - São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo : Associação Paulista de Saúde Pública, 1992 -

Trimestral.

Resumos em inglês e português.

Descrição baseada em: V. 17, n.1 (jan./mar, 2008)

ISSN 0104-1290

1. Saúde Pública. 2. Ciências Sociais. 3. Ciências Humanas.
- I. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- II. Associação Paulista de Saúde Pública

CDD 614
300

Indexação/Indexation

SciELO - Scientific Electronic Library OnLine

Thomson Reuters: Social Sciences Citation Index, Social

Scisearch, Journal Citation Reports/Social Sciences Edition

CSA Social Services Abstracts

CSA Sociological Abstracts

LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

Ulrich's International Periodical Directory

EBSCO Publishing

Latindex

Library of Congress Cataloging

Scopus

Portal de Revistas da USP



EPATESPO
ARARAQUARA 2016

REALIZAÇÃO:



Município de
Araraquara

PARCERIA:



APOIO:



Sumário

Saúde e Sociedade

Volume 25

Suplemento 2

Novembro 2016

| | |
|-----------|--|
| 5 | Parte I – Documentos oficiais |
| 5 | Termos da Resolução Diário Oficial |
| 6 | Comissão Organizadora Central – EPATESPO 2016 |
| 7 | Comissão Organizadora Local – Município de Araraquara |
| 7 | Comissão Científica |
| 8 | Parte II – Editorial e Homenagem |
| 8 | Editorial |
| 10 | Nota biográfica do homenageado |
| 11 | Parte III – Organização do Evento |
| 11 | Histórico |
| 13 | Programação e Ementas |
| 20 | Parte IV – Relatorias |
| 20 | Conferências |
| 27 | Oficinas |
| 37 | Fórum |
| 39 | Parte V – Resumos dos trabalhos apresentados |
| 39 | Eixo 1 - Integralidade e Atenção em Saúde: Gestão do Cuidado |
| 44 | Eixo 2 - Educação em Saúde - Promoção, Prevenção e Educação em Saúde |
| 51 | Eixo 3 - Epidemiologia em Saúde Bucal e Vigilância à Saúde no SUS |
| 62 | Eixo 4 - Temas Livres: Experiências Inovadoras em Serviços – RH |
| 63 | Eixo 5 - Integração Ensino-Serviço-Comunidade |
| 68 | Eixo 6 - Gestão: Planejamento, Financiamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde |
| 72 | Premiação |
| 73 | Parte VI – Plenária Final |
| 73 | Elaboração da Carta |
| 73 | Carta de Araraquara 2016 |
| 76 | Moções |

Parte I – Documentos Oficiais

I – Termos da Resolução Diário Oficial

Poder Executivo Estado de São Paulo Seção I Palácio dos Bandeirantes Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344 N° 177 – DOE de 23/09/15 Seção 1 – p.28 Saúde GABINETE DO SECRETÁRIO Resolução SS- 95, de 22-9-2015 Dispõe sobre a instituição e constituição da Comissão Organizadora do XIII Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico – Epatespo e do XII Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva – Coposc. O Secretário de Estado da Saúde, considerando a necessidade de realização dos eventos como forma de auxiliar o desenvolvimento da organização, no setor público, da atenção em saúde bucal da população do Estado, Resolve: Artigo 1º - Instituir a realização do Evento Bienal, ora denominado Epatespo, a ser realizado no primeiro semestre de 2016 no município de Araraquara. Artigo 2º - O evento tem por objetivo: 1. Promover a discussão das Políticas Públicas de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), realizar debates de temas em evidência e apresentar experiências exitosas, ampliando a comunicação e intercâmbio entre os profissionais das universidades, institutos de pesquisa e órgãos prestadores de serviços; 2. Promover a aproximação de todos os profissionais que atuam na área de saúde bucal coletiva; 3. Realizar cursos e/ou oficinas, apresentação de trabalhos científicos, mesas de discussão de atualidades e realidades do serviço, redação de carta com as deliberações das plenárias e publicação em revista científica reconhecida. Parágrafo Único - Todas as atividades do evento devem ter por princípio o aprimoramento do serviço e da gestão pública em saúde bucal para melhor atender as necessidades dos cidadãos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Artigo 3º - Constituir a Comissão Organizadora Central do XIII Epatespo e XII Coposc, que será composta pelos representantes de órgãos e instituições em conformidade ao Anexo, que fica fazendo parte integrante à presente, sob a coordenação da rea Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde, representada por Maria Fernanda de Mon-

tezuma Tricoli RG 18.337.980 e Ana Flavia Pagliusi, RG: 11.558.802. Artigo 4º - A referida Comissão terá as seguintes competências: 1. Estabelecer a parceria com a Prefeitura Municipal de Araraquara; 2. Propor e aprovar o tema central do evento; 3. Estabelecer a data e o local do evento; 4. Divulgar o evento; 5. Formatar e deliberar sobre a estruturação da programação do evento; 6. Avaliar, propor, e acompanhar o desenvolvimento da infra-estrutura e logística estabelecida pelas comissões local e científica; 7. Instituir as Comissões Científica e de Relatoria; 8. Divulgar amplamente a Carta final e os anais aos gestores, usuários, trabalhadores do SUS e instituições de ensino. Parágrafo 1º - A Comissão Organizadora Central, a que se reporta o artigo terceiro, desenvolverá os trabalhos de organização dos eventos em conjunto com a Comissão Organizadora Local a ser designada por autoridade competente do município de Araraquara. Parágrafo 2º – Compreende-se por infra-estrutura e logística do evento, a organização da recepção; a disponibilização de estadia, alimentação e transporte; a comunicação visual do evento; a distribuição dos materiais, pastas e certificados; a definição e orientação das equipes de suporte; a orientação dos inscritos; a orientação dos trabalhos; a estruturação das salas em relação à limpeza, equipamentos e horários para atividades programáticas e de relatoria; Parágrafo 3º – A Comissão Organizadora Central realizará a coordenação geral do evento e o acompanhamento das atividades das Comissões Científica e de Relatoria instituídas pela mesma.] Artigo 5º – Das competências da Comissão Científica, compreende-se: 2 1. Discussão, planejamento, coordenação e relatoria das atividades científicas (mesas, cursos, apresentação de trabalhos, salas de discussão); 2. Estruturação, apoio e organização do grupo de relatoria; 3. Análise e revisão dos textos de instrução para apresentação de trabalhos; 4. Acompanhamento e adequação do cadastro no sistema de tramitação dos trabalhos inscritos; 5. Avaliação dos trabalhos inscritos; 6. Orientação, distribuição de trabalhos, esclarecimento de dúvidas Anais EPATESPO 2016 Saúde Soc. São Paulo, v.25, supl.2, 2016 6 para os avaliadores; 7. Participação e contribuição nas discussões da plenária final; 8. Revisão da redação final da

Carta e das moções; 9. Organização dos Anais: reunir e revisar todos os documentos das relatorias, formatação da estrutura, formatação dos resumos das mesas e dos cursos, formatação dos resumos dos trabalhos conforme modelo da revista, distribuição dos resumos por seção, redação do editorial, formatação das resoluções e comissões, formatação da programação, formatação dos trabalhos premiados e da deliberação final, envio dos logos das instituições participantes. Parágrafo Único – A condução das atividades da Comissão Científica será efetuada por membro indicado pelo colegiado da Comissão Organizadora Central, com prioridade ao representante da instituição de ensino na área de odontologia no âmbito da RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde, onde o evento será realizado. Artigo 6º - Das Competências da Comissão Local: 1. Elaboração e execução do Plano de Trabalho para a realização do evento; 2. Organização da comunicação geral (sinalização, orientações para os participantes, cobertura e divulgação do evento, etc); 3. Definição e orientação da equipe de recepção; 4. Definição e orientação de equipe de apoio para acompanhar as atividades do evento; 5. Disponibilização de suporte técnico e multimídia para o desenvolvimento dos trabalhos; 6. Orientação dos apresentadores de trabalhos e organização do espaço para fixação dos painéis; 7. Acompanhamento das inscrições e esclarecimento de dúvidas; 8. Organização das apresentações por Sala de Discussão; 9. Organização dos certificados para os trabalhos premiados e para os demais participantes; 10. Síntese dos dados gerais para composição da Carta do evento; 11. Organização e acompanhamento de estadia, transporte e alimentação; 12. Confecção e distribuição dos materiais, pastas e certificados; 13. Estruturação das salas em relação à limpeza, equipamentos e horários para atividades programáticas e de relatoria. 14. Organização e estruturação da cerimônia de abertura do evento. 15. Estruturação do Protocolo de homenagem: apresentação, nota biográfica da personalidade homenageada, placa de homenagem 16. Organização e apoio estrutural para o desenvolvimento das atividades durante todo o período do evento. 17. Organização e apoio estrutural para a realização da plenária final do evento. 18. Estruturação, organização e disponibilização do site do evento. Artigo 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

2 - Comissão Organizadora Central – EPATESPO 2016

Instituição Executora SES – SP

Coordenadora Geral do evento: Maria Fernanda de Montezuma Tricoli
SES CPS-Ana Flávia Pagliusi
SES DRS XIV: Vladen Vieira
CRS/DRSIII- Titular-Silvia Cristina Sano
Suplente - Leila Clara Bertolucci Rudnytskyj
CRS- Titular- Maria Elizabete Mantuani de Figueiredo Sardinha
Suplente: Regina Lucia Pinheiro de Carvalho
Assessoria Comunicação: Vanessa Almeida Ruiz
Suplente: Vanessa Silva Oliveira
CCD/CVS: José Geraldo Lupato Conrado
Suplente: Rosinês Maradei

Instituição Executora - Prefeitura de Araraquara

Titular: Wilson Chediek;
Suplente: Ana Ligia Rozato Foschini

Instituição Parceira - UNESP Araraquara

Titular: Aylton Valsecki Junior
Suplente: Fernanda Lopez Rosell
Suplente: Elaine Pereira da Silva Tagliaferro
Suplente: Silvio Rocha Corrêa da Silva

Representantes COSEMS

Érika Miti Yasui

Representantes FOU SP

Titular: Simone Rennó Junqueira
Suplente: Celso Zilbovicius;

Representantes FSP USP

Titular: Paulo Capel Narvai
Suplente: Paulo Frazão São Pedro

Representante CROSP

Marco Antonio Manfredini

Representantes Prefeitura de Piracicaba

Titular: Dirce Aparecida Valério da Fonseca
Suplente: Martha Furlan de Aguiar Taglietta

Representante ABCD

Dr. Silvio Jorge Cecchetto

Representantes ABRASBU CO

Titular: Doralice Severo da Cruz
Suplente: Maria da Candelária Soares

Representantes APATESB

Titular: Celina Pereira dos Santos Lopes
Suplente: Teresa Martins Garcia Cordeiro

Representantes APCD

Titular: Juscelino Kojima

Suplente: Helenice Biancalana

Representante APCD Araraquara

Dr. Carlos Augusto Staufackar

Representantes APSP

Titular: Maria Aparecida de Oliveira

Suplente: Sonomi Miriam Yano Takita

Comissão Organizadora Local – Município de Araraquara

(PORTARIA 23.943 DE 20 DE OUTUBRO DE 2015)

Representantes do DRSIII

Diretor: Antonio Martins de Oliveira

Titular: Silvia Cristina Sano

Suplente: Leila Clara Bertolucci Rudnytskyj

Representantes da APCD – Regional Araraquara

Presidente: Carlos Augusto Staufackar

Titular: Elina Mara da Silva Marcomini

Suplente: Maria Silvia Gorla

Representantes da FOAR – UNESP

Diretora: Andréia Affonso Barretto Montandon

Titular: Aylton Valsecki Junior

Suplente: Fernanda Lopez Rosell

Representantes da Faculdade de Odontologia - UNIARA

Diretor: Wellington Dinelli

Titular: Patrícia Aleixo dos Santos Domingos

Suplente: Herica Ricci Donato

Representantes do Sindicato dos Odontologistas de Araraquara e Região

Presidente: Wilson Chediek

Titular: Gisele Arouca Domeniconi Ricci

Suplente: Carlos Augusto Staufackar

Representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara

Secretário: Carlos Fernando Camargo

Titular: Wilson Chediek

Suplente: Ana Lígia Rozato Foschini

Representantes da Secretaria Municipal de Ciência, tecnologia, Turismo e Desenvolvimento Sustentável de Araraquara

Secretário: Renato Talel Haddad

Titular: Renato Talel Haddad

Suplente: Ana Paula Valdastrì

Representantes da Secretaria Municipal de Comunicação de Araraquara

Secretário: Aluísio Augusto Braz

Titular: Aluísio Augusto Braz

Suplente: Marjorie Cristina Rodrigues

Comissão Científica

Presidente: Aylton Valsecki Junior

Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

Vice Presidente: Fernanda Lopez Rosell

Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

Antonio Carlos Pereira

Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP

Celso Zilbovicius

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - USP

Dagmar de Paula Queluz

Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP

Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

Fábio Luiz Mialhe

Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP

Luciane Miranda Guerra

Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP

Marcelo de Castro Meneghim

Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP

Maria Ercília de Araújo

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – USP

Paulo Frazão São Pedro

Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - USP

Roosevelt da Silva Bastos

Faculdade de Odontologia de Bauru - USP

Silvio Rocha Corrêa da Silva

Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

Simone Rennó Junqueira

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - USP

Suzely Saliba Moimaz

Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

Symone Cristina Teixeira

Instituto de Ciência e Tecnologia de São José dos Campos – UNESP

Parte II – Editorial e Homenagem

Editorial

O evento EPATESPO tornou-se realidade em Agosto de 1989 com o pressuposto de refletir sobre as reivindicações de trabalhadores da saúde bucal do Estado de São Paulo por uma política de saúde bucal estadual responsável e eficiente e assim sucessivamente a cada dois anos tem sido um espaço legítimo e importante para as reflexões dos desígnios das questões odontológicas no Estado, de maneira que esse evento retrata a preocupação desses trabalhadores com as necessidades da população, até porque percebem-nas de forma desalentadora e dramática diante de tantas dificuldades e descasos. Assim, promover tal Evento em Araraquara em 2016 constituiu-se tarefa complexa, não pela gestão de sua organização, mas sim pelo esforço em inovar e ampliar o campo de debates e estratégias para transformar a saúde bucal no Estado, desenvolvendo-se na perspectiva de honrar o trabalho de seus primeiros entusiastas e criadores.

Isso, certamente, levou a equipe organizadora a revisitar sistematicamente o passado, não só como leitura de uma práxis, mas sob a premissa de desvelar os avanços produzidos, tenham sido desenvolvidos no campo dos debates e/ou na prática das políticas públicas, porém sob uma análise crítica das ações de saúde do presente em vias de projetar cenários futuros que pudessem potencializar a promoção de saúde e, em especial a saúde bucal, com o empoderamento de seus trabalhadores. A história foi revisitada, e ouviu-se depoimentos que não constam em conteúdos bibliográficos, instrumentalizando-nos para um olhar de reconhecimento, porém crítico e estratégico, para produção de iniciativas com impacto na recondução do futuro que sonhamos para saúde bucal. Esta foi a riqueza do processo de construção de um novo olhar para o EPATESPO de 2016.

Assim, deu-se a formatação de um evento sob a perspectiva do dinâmico e participativo, priorizando as vivências dos trabalhadores da saúde, viabilizando sua voz e sentidos para manifestarem as incertezas, dificuldades e intencionalidades para motivar-se com e no seu trabalho. Daí a configuração

projetada, com conferências magnas e espaços auto-poéticos, com o primeiro representando a expertise de conferencistas em aguçar o questionamento, seguidos de oficinas reflexivas para exploração dos sentidos e saberes para produção de si mesmos (autopoiese). O lógico e o ilógico buscando uma convivência e harmonia para transformar. Mesmo que utópico, o objetivo foi iniciar uma transformação, como sempre quiseram as equipes que envolveram-se com esse evento.

O que buscou-se associar a este objeto de inovação, entretanto, evidenciou-se em seu título “**Construindo competências para o enfrentamento da complexidade da atenção em saúde bucal nas redes**”, que remeteu-nos a uma metodologia para identificar e criar tensionamentos para a autorreflexão das possíveis competências para o exercício de uma atenção e cuidados em redes, através do olhar da gestão e liderança para a integralidade e atenção no âmbito das complexidades e redes. Essa proposta convergiu para a necessidade de abertura do evento para todos os profissionais atuantes no SUS, inclusive gestores de todos as instâncias da gestão, na perspectiva de qualificar os olhares.

Nota-se um discurso já assimilado das premissas dos SUS por seus trabalhadores, o que aparentemente denota algum empoderamento das questões, no entanto, na práxis dos serviços nota-se que isso não está alinhado a transformação da realidade da atenção, o que projetou-nos ao encontro de possíveis lacunas na organização lógica do pensar a saúde por esses profissionais e que, de alguma forma, pudesse impactar sobre a desenvoltura vigente, para mais potência e adequação as necessidades singulares do processo saúde-doença dos indivíduos e populações, alimentando-se assim a perspectiva de um novo modo de fazer saúde.

No entanto, as propostas de atividades não se limitaram ao método reflexivo, a complexidade da atenção também foi abordada com o desenvolvimento de um fórum para aperfeiçoamento de saberes técnicos para a realidade clínica dos profissionais no exercício da atenção básica. O mesmo sucedeu-se para os técnicos e auxiliares, que tiveram um espaço

específico para suas reflexões e reivindicações, com apoio da APATESB (Associação Paulista de Técnicos em Saúde Bucal). Ainda, no intuito de aquecer e balizar as reflexões do evento principal, desenvolveu-se o Pré-EPATESPO, com mesas de debates sobre temas gerais da saúde pública e coletiva.

Por fim, um evento específico foi criado para contemplar os estudantes (EPEOSC - Encontro Paulista de Estudantes de Odontologia e Saúde Coletiva), o primeiro dessa categoria, com pequenas adaptações a partir do EPATESPO, mas fundamentalmente com a mesma estrutura e dinâmica. O desmembramento foi estabelecido a partir do pressuposto de garantir um espaço de liberdade de expressão aos estudantes e, com isso, permitir mais desenvoltura nas reflexões e propostas para a formação na área odontológica, dado que foram facilitados por estudantes de pós-graduação especialmente treinados para a facilitação.

Na programação e desenvolvimento conformados nesse conjunto de eventos havia uma intenção primordial em estimular a reflexão de novos olhares para a práxis da atenção em saúde, por ser imperativo o comprometimento dos trabalhadores da saúde, seja em qualquer nível de engajamento, no enfrentamento das dificuldades inerentes à produção do cuidado, de maneira que tais eventos não pretendiam e nem constituíram um fim em si, mas dar início a prospecção novas ideias e aplicações para o fortalecimento de transformações no sistema de saúde do Estado de São Paulo.

O desenvolvimento desse conjunto de eventos poderá ser compreendido mais abrangente e especificamente nas descrições que serão apresentadas na sequência desse volume.

Para finalizar, certamente os agradecimentos constituem o auge de uma obra concluída e, no caso, há muitos a serem conferidos, alguns mais intensos como aquele para as equipes de organização e trabalho que não mediram esforços e dedicação para essa realização. A estes nosso especial e imenso agradecimento. Foi uma honra compartilhar a es-

truturação e desenvolvimento desses eventos com pessoas de caráter, respeitadas e comprometidas com a saúde pública e coletiva de nosso Estado. É preciso valorizar essa gente que faz.

Não obstante, os participantes também merecem ser elevados pela coragem e generosidade em aceitar e envolver-se com o proposto, bem como pela disponibilidade em estar presente, mesmo sob a arrematadora dificuldade de Municípios, Estado e País em crise ímpar.

A Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP), através de sua direção e colegiados, pela sapiência com que acolheram o EPATESPO e todas as suas peculiaridades, demonstrando a magnitude de sua compreensão diante de seu papel nas questões do Estado e função social, nosso sentimento de honra e gratidão. Extensivo, a nossa parceira UNIARA, que com determinação e profissionalismo de uma grande Universidade soube administrar todas as dificuldades e inovações do evento estudantil (EPEOSC), possibilitando engajar estudantes de graduação e pós-graduandos em reflexões de saúde pública e coletiva. Certamente foi um marco para a formação desses jovens. Nossas homenagens e reconhecimento.

Por fim, revelar que os bastidores dos eventos demonstraram-se ser uma fonte de aprendizado e alinhamento com a proposta de transformação, pois exigiu-nos competências para negociações e atenção aos diferentes olhares com cuidado e respeito. Foi uma experiência ímpar. Enfim, a todos que estiveram direta ou indiretamente envolvidos, o nosso mais sincero reconhecimento de que sem sua parceria os eventos não teriam a desenvoltura pretendida e sequer seriam viáveis.

Araraquara, Setembro de 2016

Aylton Valsecki Junior
Fernanda Lopez Rosell
Silvio Rocha Corrêa da Silva
Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

Nota biográfica do homenageado

A homenagem prestada pelo EPATESPO 2016, assim como em sua dinâmica de atividades, orientou-se pelas premissas da gestão e da competência. Em especial, entretanto, para com o aperfeiçoamento da Odontologia, enquanto exercício profissional e expressão nos campos da política e sociedade. Com isso, a nome de Marcelo Barbieri, evidenciou-se dentre as possibilidades de escolha.

Marcelo Barbieri é um homem público que tem se dedicado ao trabalho de conquistar novos paradigmas para uma vivência social democrática. Com formação em administração de empresas pela Fundação Getulio Vargas tem disponibilizado seu conhecimento a gestão pública, o que levou-o a inserir-se no campo da política nacional.

Em 2016, no momento do EPATESPO, Marcelo Barbieri ocupava o cargo de prefeito de Araraquara em seu segundo mandato, porém antes disso, foi deputado federal por 14 anos. Como deputado, tem um histórico de atuação marcante e destacada, seja no plenário em defesa de convicções para uma vivência democrática, seja em várias comissões parlamentares, como a CPI de Fernando Collor de Melo, a Comissão de Ciência, Tecnologia e Comunicação que garantiu a abertura da telefonia celular e da internet no Brasil e Comissão de Minas e Energia, entre outras.

Ainda, desempenhou papel fundamental na articulação para aprovação da Lei 14889 de dezembro de 2008, que regulamentou as profissões de Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal, aspiração de mais de 30 anos de todos que compõem as equipes de saúde bucal públicas e privadas, e, principalmente, de gestores de saúde pública. Conquistou a opinião pública e o respeito parlamentar para aprovação da Lei 14889 através de inúmeras participações em reuniões e debates com várias entidades de classe odontológicas em todo Brasil, além de dialogar diretamente com dirigentes de conselhos, associações, sindicatos, faculdades, ministério da saúde, sobre questões

polêmicas do projeto de regulamentação. Foi firme em suas convicções e negociações para contemplar o mais amplamente possível a todos os interesses.

Em março de 2005, foi nomeado relator do PL 1140/2003 na Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público da Câmara Federal, depois de ouvir toda comunidade odontológica brasileira, conseguiu equacionar os antagonistas e fez aprovar em 23 de novembro de 2005, por unanimidade, sua emenda nesta comissão, posteriormente enviada e aprovada pelo Senado e sancionada pelo Presidente da República em 24 de Dezembro de 2008.

Eleito Prefeito de Araraquara, iniciou seu mandato em Janeiro de 2009. Com o conhecimento e experiência adquirida nos mandatos de deputado associado ao seu envolvimento com a odontologia, estabeleceu esta área como uma das prioridades de seu governo.

Como Prefeito, Marcelo Barbieri investiu muito na área da saúde, principalmente na saúde bucal. A exemplo disso temos:

- a construção de 11 novas Unidades de Saúde, todas equipadas com consultórios odontológicos;
- a reformulação e ampliação de 18 Unidades de Saúde com consultórios odontológicos;
- a implantação de mais 6 novas equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família;
- a implantação de um novo Centro de Especialidades Odontológicas tipo III, com 09 consultórios, laboratório de prótese com 3 TPD e demais instalações para apoio e almoxarifado;
- trocou todos os equipamentos existentes na rede, bem como instalou ar condicionado em todos os consultórios, pois não havia em nenhum; e,
- na área de RH, elevou os salários de forma substancial para Cirurgiões Dentistas e Auxiliares em Saúde Bucal.

As evidências das ações e trabalhos realizados por Marcelo Barbieri em prol a Odontologia, naturalmente constituíram sua indicação para a homenagem do EPATESPO 2016, de maneira que sua relevância para a área pôde ser revelada publicamente no contexto do Estado de São Paulo.

Parte III – Organização do Evento

Histórico

Em 2016, o Encontro Paulista dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico - EPATESPO, promovido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, inovou em sua programação focando questões sobre a gestão e liderança nas ações em saúde e as competências necessárias para tal. Com isso, ampliou o campo de abrangência dos participantes no Evento, possibilitando a incorporação as atividades de outros profissionais da atenção básica, dentre eles secretários de saúde, coordenadores de regionais de saúde, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionista, assistentes sociais, biomédicos, fisioterapeutas, pedagogos, sociólogos, sanitaristas, administradores e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, além de cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal, técnicos em prótese dentária, professores e estudantes de odontologia e coordenadores de saúde bucal. Uma programação direcionada a identificação e reflexão das dificuldades no exercício do cuidado odontológico e atenção básica, possibilitou essa integração multidisciplinar.

Experts foram convidados a apresentarem e explorarem premissas de competência, gestão e liderança para o balizamento de um exercício contextualizado dos cuidados em saúde. Olhares atentos e aprofundados sobre a natureza e processo do cuidar em seus objetivos, influências, organização, desenvolvimento e aperfeiçoamento, nortearam oficinas para reflexões que pudessem atender, mesmo que em caráter incipiente, o tema central do EPATESPO 2016: *“Construindo competências para o enfrentamento da complexidade da atenção em saúde bucal nas redes”*.

Nesse contexto, no sentido de iniciar as reflexões e preparar para realização do evento principal, deu-se o desenvolvimento do Pré-EPATESPO, que foi realizado com o apoio da APCD Central, no dia 26 de janeiro em sua sede no município de São Paulo-SP. Neste Encontro foram abordados 4 temas transver-

sais a práxis do cuidado: *“Integralidade e atenção em saúde: gestão do cuidado”*, *“Epidemiologia em saúde bucal e vigilância à saúde no SUS”*, *“Promoção, prevenção e educação em saúde”* e *“Planejamento, financiamento, monitoramento e avaliação em saúde”*, com 130 participantes entre profissionais e estudantes. Tais temas foram apresentados por especialistas no assunto com abordagem conceitual na macro e micropolítica e sua aplicabilidade na realidade para posteriormente aprofundar as discussões no EPATESPO.

Nesta abordagem, ressaltou-se a melhoria da qualidade do cuidado, entendendo-se que a organização dos serviços de saúde requer uma visão ampliada das interações no trabalho, principalmente no estabelecimento das percepções das necessidades dos grupos e na promoção de ações para a cidadania e elaboração de políticas públicas sustentáveis.

Após as apresentações, os palestrantes compuseram uma mesa de debates para questionamentos dos participantes e estabeleceu-se um diálogo em torno das aplicações dos conceitos apresentados. Esta foi uma etapa de aquecimento para as atividades do EPATESPO, que vislumbrava ampliar as reflexões iniciadas para o campo das competências e gestão ética.

Assim, no período de 11 a 13 de abril de 2016, na Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, desenvolveu-se o 13º Encontro Paulista dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico - EPATESPO. A programação foi pautada na produção de reflexões aprofundadas sobre temas das competências para a gestão e liderança, para a Integralidade do cuidado e a interação com as redes e sua complexidade. Para tal, as atividades foram compostas por Conferências Magnas, Espaços Autopoieticos, Fóruns, Palestras e Apresentação de Trabalhos.

Concomitantemente, realizou-se o I Encontro Paulista de Estudantes de Odontologia e Saúde Coletiva - EPEOSC, espaço especialmente produzido para os estudantes de odontologia para refletirem sobre os mesmos temas propostos pelo evento principal, mas com vistas a formação profissional. Este evento ocorreu com a parceria da Faculdade de

Odontologia da Universidade de Araraquara - UNIA-RA, que colaborou com a infra-estrutura e docentes da Saúde Coletiva.

Nestes Encontros estiveram presentes 258 profissionais e 450 estudantes de cursos de graduação em Odontologia, totalizando 708 participantes.

As Conferências Magnas foram proferidas por especialistas nos assuntos abordados seguidas de oficinas de trabalho denominadas Espaços Autopoiéticos, nas quais os participantes, incitados por questões disparadoras, refletiram e discutiram em pequenos grupos apoiados por facilitadores, sobre o tema em sua prática profissional.

Fóruns também fizeram parte das programações, com apresentações de temas sugeridos pelos participantes do Encontro de Piracicaba (12º EPATESPO), como odontogeriatria, urgências odontológicas, câncer bucal, dentística, pacientes especiais e complicações em cirurgia para o aperfeiçoamento da prática da clínica geral como estruturante das ações nos serviços públicos (atenção básica). Para os estudantes, o Fórum contou com uma mesa sobre Ética na Atenção a Saúde e outra sobre Experiências no Serviço Público Odontológico de Profissionais da Atenção Básica Odontológica, contemplando a diversidade de cenários de atuação do cirurgião-dentista e questões éticas do e no processo de cuidar.

Palestras também foram proferidas sobre o Custo-Benefício da Odontologia e Prestação de contas, dirigidas a gestores municipais. Ainda, especificamente para auxiliares e técnicos em saúde bucal, foram apresentadas palestras sobre Planejamento de ações da equipe de saúde bucal, com vistas a sua otimização na atuação em serviço e adequações a legislação vigente.

Na apresentação de trabalhos, dividiu-se os assuntos em seis eixos, sendo: “Integralidade e Atenção em Saúde: Gestão do Cuidado”, “Educação em Saúde - Promoção, Prevenção e Educação em Saúde”, “Epidemiologia em Saúde Bucal e Vigilância à Saúde no SUS”, “Temas Livres: Experiências Inovadoras em Serviços - RH”, “Integração Ensino-Serviço-Comunidade” e “Gestão: Planejamento, Financiamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde” com o total de 53 trabalhos apresentados e avaliados.

Por fim, tivemos a construção e aprovação coletiva em plenária da Carta de Araraquara, que refletiu o produto das reflexões nos espaços autopoiéticos e interesses das categorias envolvidas.

Uma avaliação realizada pós-evento sobre a satisfação dos participantes revelou que 88,0% deles sentiram-se satisfeitos em relação ao conteúdo, formato e infraestrutura do Encontro.

Programação e Ementas

1) Pré-EPATESPO

1.1) Programação

| Pré — EPATESPO APCD Central 26 de janeiro de 2016 | | |
|---|--|--|
| Salas / Horário | Anfiteatro 01 | Anfiteatro 02 |
| 9:00 as 12:00h | <p><u>Eixo 1</u> Integralidade e atenção em saúde: gestão do cuidado</p> <p>Prof. Carlos Botazzo Faculdade de Saúde Pública da USP</p> <p>Profa Laura Camargo Macruz Feuerwerker Faculdade de Saúde Pública da USP</p> <p>Prof. Geovani Gurgel Aciole da Silva Faculdade de Medicina UFSCar</p> | <p><u>Eixo 3</u> Epidemiologia em saúde bucal e vigilância a saúde no SUS</p> <p>Luiz Sergio Ozorio Valentim Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo</p> <p>Prof. Antonio Carlos Pereira Faculdade de Odontologia da UNICAMP</p> <p>Prof. Antonio Carlos Frias Faculdade de Odontologia da USP</p> |
| 12:00h às 14:00h | Período de almoço | |
| 14:00 as 17:00h | <p><u>Eixo 2</u> Promoção, prevenção e educação em saúde</p> <p>Prof. Samuel Jorge Moysés Pontifícia Universidade Católica do Paraná</p> <p>Profa Maristela Villas Boas Fratucci Faculdade de Odontologia da USP Prefeitura de São Paulo</p> | <p><u>Eixo 4</u> Gestão em Saúde: planejamento, financiamento, monitoramento e avaliação</p> <p>Fernando Fiori de Godoy Prefeito do Município de Holambra</p> <p>Stela Felix Machado Guillin Pedreira Assistente Técnico IV Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo</p> |

1.2) Ementas

1.2.1) Eixo 1 - Integralidade e atenção em saúde: gestão do Cuidado

Entende-se a integralidade como forma de organizar a gestão do cuidado numa visão direcionada à ideia da totalidade do sujeito. Isso envolve trabalhar com um conceito mais amplo de saúde, com a ideia de equipe, com a ampliação do conceito de cuidado colocando as necessidades do usuário como tema central. Seu estabelecimento requer uma rede de serviços organizada com co-

operação regional, que extrapola os limites dos municípios, dada a necessidade de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. O princípio de integralidade pode ser relacionado às práticas dos profissionais de saúde, à organização dos serviços e/ou às respostas aos problemas de saúde. Todos, entretanto, não devem constituir-se em células de trabalho isoladas, mas comungar na oferta de um cuidado equânime e integral, o que sinaliza para a constituição de macro-ambientes de saúde. Com isso, a organização dos serviços de saúde requer

uma visão ampliada das interações da realidade, principalmente no estabelecimento e ampliação das percepções das necessidades dos grupos, para adotar as melhores formas possíveis para responder às mesmas, promovendo ações para a cidadania e constituição de cidades saudáveis.

1.2.2) Eixo 2 - Promoção, prevenção e educação em saúde

A Política Nacional de Promoção da Saúde traz o conceito ampliado de saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde com a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de qualidade de vida e saúde no âmbito individual e coletivo, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais e caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. A promoção da saúde deve ser colocada na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e para aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde, já que nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada com atuação competente entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde e instituições que prestam serviços de saúde, apoiando o desenvolvimento pessoal e social por meio da educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, aumentando as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde (autonomia) e sobre o meio-ambiente. A educação em saúde, tendo como modelo emergente o dialógico, no qual usuários e profissionais são atuantes no compartilhamento de saberes, valoriza o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas e assim, construindo novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado. Neste contexto, a atenção básica

é um espaço privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde voltadas à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos, já que tem maior proximidade com a população e ênfase nas ações preventivas, vista como práticas específicas para a prevenir doenças de indivíduos ou populações.

1.2.3) Eixo 3 - Epidemiologia em saúde bucal e vigilância à saúde no SUS

Ao ponderar que saúde é um produto resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, sugere-se que a saúde deva ser apreendida por um olhar interdisciplinar e que as práticas sociais em saúde devam dar-se na ordem da intersectorialidade. A epidemiologia e a vigilância em saúde podem constituir-se instrumentos diagnóstico, monitoramento e avaliação para a consolidação de uma rede de atenção à saúde eficaz e eficiente, em todos os níveis de complexidade. São referenciais para os caminhos de defesa da vida, revelando danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde de grupos populacionais. O movimento de defesa da vida requer uma epidemiologia crítica e propositora de mudanças nos mecanismos de produção da saúde, haja vista considerar que no saber epidemiológico as interações sociais podem ser evidenciadas em seus determinantes e iniquidades, fundamento para uma intervenção eficaz e efetiva sobre os problemas e necessidades em saúde. Entretanto, há de se reconhecer, que tais necessidades não sejam apartadas dos impactos da cultura, da história política e econômica de cada comunidade e em cada época. A vigilância em saúde é uma característica essencial da prática epidemiológica. Associa-se ao monitoramento de tendências da saúde e entende que é resultante de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se como qualidade de vida como uma condição de existência dos homens em seu viver cotidiano individual e coletivo. Noções de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico, produzem um modelo de vigilância centrado na oferta de atenção e cuidado organizados, reorientam o planejamento de saúde para uma base populacional específica, recuperam o enfoque epidemiológico para o controle dos problemas de saúde e intervêm processualmente nos modelos assistenciais. Propõe a estruturação de um modelo

de saúde que tenha por base a utilização dos saberes instrumentais da epidemiologia, da sociologia e do planejamento estratégico situacional. Preconiza a precedência desses saberes sobre a clínica no processo de conformação das necessidades da saúde. Projetos de cidades saudáveis incorporam-se ao ideário da defesa da vida com estratégias de promoção da saúde, onde produzir saúde significa contribuir para o aumento do coeficiente de autonomia dos indivíduos e coletivos na administração da realidade do processo saúde-doença. Epidemiologia e vigilância em saúde devem associar-se a uma plasticidade organizacional nos serviços de saúde, habilitando-os a absorver e a trabalhar além dos protocolos, para as aspirações em saúde de grupos e indivíduos.

1.2.4) Eixo 4 - Planejamento, financiamento, monitoramento e avaliação em saúde

As populações que vivem nas cidades estão sob diferentes fatores de impacto que modelam as características da vida urbana e suas condições de saúde. Compreender essa complexidade é essencial para a tomada de decisões sobre intervenções públicas nas cidades, principalmente na geração de municípios ou comunidades saudáveis. Estes, por sua vez, dependem de uma prática contínua de aprimoramento do ambiente físico e social, por meio de estratégias que priorizem a saúde dos cidadãos dentro de uma lógica ampliada de qualidade de vida, com ações intersetoriais e garantia de participação social. Uma cidade/comunidade saudável destaca-se por sua justiça social, pois as iniquidades se destacam entre as principais causas

de deterioração da saúde, de maneira que pode-se dizer que a iniquidade crescente e a situação desigual de saúde e do acesso da população geraram a crise da saúde pública. Com isso temos ainda uma implantação parcial do SUS, revelado por evidências de que o volume de serviços oferecidos ainda é insuficiente. De qualquer modo, reconhece-se que esses recursos poderiam ter um uso mais adequado e racional com reordenações no modelo de gestão e de atenção. Nesse aspecto, ressalta-se o papel da construção de uma rede básica com ampla cobertura populacional e com capacidade de responder adequadamente aos diferentes níveis de necessidades. A gestão para a saúde fundamenta-se na importância de fortalecer as funções essenciais que competem ao Estado na perspectiva de melhorar a prática de saúde pública, construindo instrumentos capazes de avaliar a atual situação, identificando áreas críticas que precisam ser fortalecidas e reforçar a liderança das autoridades sanitárias em relação ao sistema de saúde. Assim, mudanças no modus operandi, alternando de uma gestão das condições agudas para uma gestão das condições crônicas, de uma gestão baseada em opiniões para uma gestão baseada em evidências e de uma gestão dos meios para uma gestão dos fins, denotam orientações inteligentes para se pensar em quais rumos o gestor contemporâneo tem que se pautar para atingir a qualidade de um resultado. Relatar as habilidades e competências de um novo gestor é um papel importante a ser discutido e avaliado neste novo período em que vivemos.

2) EPATESPO e EPEOSC

2.1) Programação

| EPATESPO – Araraquara - Abril 2016 Encontro Paulista dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico Programação Geral Local: Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP | | | |
|--|---|--|--|
| Segunda-feira (11/abril) | Terça-feira (12/abril) | | Quarta-feira (13/abril) |
| <u>8:00h as 9:00h</u> Recepção e credenciamento | <u>8:00h as 9:00h</u> Apresentação de Trabalhos (posters) | <u>8:00h as 9:00h</u> Palestra APATESB Planejamento de ações da equipe de saúde bucal otimizando a atuação dos ASB e TSB Dra. Nilva Kitani | <u>8:00h as 12:30h</u> Fórum: Clínica geral como estruturante das ações nos serviços públicos (atenção básica) Profa. Andréia A. B. Montandon Profa. Elaine M. S. Massucato Prof. Milton Carlos Kuga Profa. Elisa M. Giro Prof. Edson A. Campos Prof. José Scarso Filho |
| <u>9:00 as 10:30h</u> Conferências Magnas 1 Integralidade – Competências Profa Eliana Goldfarb Cyrino Profa Sueli Fatima Sampaio | <u>9:00 as 10:30h</u> Conferências Magnas 3 Gestão/liderança - Rede e Complexidade Ministério da saúde Secretaria Estadual de Saúde COSEMS | | <u>10:00 as 12:00h</u> Palestra APATESB Mesa de negociação do SUS e a saúde bucal nas redes de atenção Irene Rodrigues Santos |
| <u>10:45 as 12:30h</u> Espaço Autopiéutico 1 Reflexões sobre as competências na Integralidade | <u>10:45 as 12:30h</u> Espaço Autopiéutico 3 Reflexões sobre a Gestão e Liderança na complexidade das redes | | <u>11:00 as 12:30h</u> Discussões temáticas Trabalhos afins |
| Período de Almoço: 12:30h as 14:00h | | | |
| <u>14:00 as 15:30h</u> Conferência Magna 2 Gestão/liderança – Competências Dr. Jean Obry | <u>14:00 as 15:00h</u> Apresentação Trabalhos: serviço/academia (posters) | <u>14:00 as 15:00h</u> Palestra APATESB APATESB e Câmara Técnica - ASBs e TSBs no CROSP Valeria Ap. T. M. da Silva Elizabeth Gomes da Silva | <u>14:00 as 18:00h</u> Plenária Final Documento final Fechamento do EPATESPO |
| | <u>15:00 as 16:30h</u> Conferência Magna 4 Integralidade - Rede e Complexidade Dr. Érico Vasconcelos (MS/DRS) | | |
| <u>15:45 as 18:00h</u> Espaço Autopiéutico 2 Reflexões sobre as competências na Gestão e Liderança | <u>16:45 as 18:30h</u> Espaço Autopiéutico 4 Reflexões sobre a complexidade nas e das redes para a Integralidade | | |
| <u>18:30 as 20:00h</u> Custo-Benefício da Odontologia e Prestação de contas Marcelo Fortes Barbieri Dimas Ramalho | <u>19:00h</u> Confraternização | | |
| <u>20:00h</u> Abertura solene | | | |

| EPEOSC – Araraquara - Abril 2016 Encontro Paulista de Estudantes de Odontologia e Saúde Coletiva Programação Geral Local: UNIARA (Unidade Odontologia e Central) e FOAr - UNESP | | |
|--|--|---|
| Segunda-feira (11/abril) | Terça-feira (12/abril) | Quarta-feira (13/abril) |
| <u>8:00 as 9:00h</u> Recepção e credenciamento | <u>8:00 as 9:00h</u> Apresentação Trabalhos: serviço/academia (posters) | <u>8:00 as 09:30h</u> Conferencia Magna 3 Integralidade - Rede e Complexidade Dr. Érico Vasconcelos (MS/DRS) |
| <u>9:00 as 12:00h</u> Fórum: Ética Profissional Profa Dra Dulce Whitaker Nilton Jose Savio | <u>8:00 as 09:30h</u> Conferencia Magna 2 Gestão/Liderança - Competências Dr. Jean Obry | |
| | <u>09:45 as 12:00h</u> Espaço Autopoiético 2 Reflexões sobre as competências da gestão e liderança - DCNs | <u>09:45 as 12:00h</u> Espaço Autopoiético 3 Reflexões sobre a complexidade nas e das redes para a Integralidade |
| Período de Almoço: 12:00 as 14:00h | | |
| <u>14:00 as 15:30h</u> Conferencias Magnas 1 Integralidade – Competências Profa Eliana Goldfarb Cyrino Profa Sueli Fatima Sampaio | <u>14:00 as 15:00h</u> Apresentação Trabalhos: serviço/academia (posters) | <u>14:00 as 18:00h</u> Plenária Final Documento final Fechamento do EPATESPO |
| <u>15:45 as 18:00h</u> Espaço Autopoiético 1 Reflexões sobre as competências na integralidade | <u>14:00 as 18:00h</u> Fórum Experiências no Serviço Odontológico / Atenção Básica Odontológica – diversidade de cenários | |
| <u>20:00h</u> Abertura solene | <u>19:00h</u> Confraternização | |

2.2) Ementas

2.2.1) Conferencia Magna “Integralidade - competências”

Organizar a gestão do cuidado na perspectiva das necessidades do sujeito como centro do pensamento e da produção do cuidado tem sido uma tarefa altamente complexa. A gestão desse processo requer um dinamismo intelectual, criativo e resiliente para produzir respostas eficientes e resolutivas, daí a necessidade de portar determinadas competências para o desenvolvimento e aplicação dessa intenção na realidade.

O entendimento das competências deve ser a luz do conjunto de conhecimentos, habilidades e

atitudes que um sujeito reúne e desenvolve em suas ações, denotando sua performance e autonomia; embora possa ser mensurada a partir de determinados parâmetros, o importante é sua possibilidade de ser desenvolvida e aperfeiçoada por meio de treinamentos, até sua excelência, entendida como o pleno desabrochar dos talentos e de si mesmo.

A competência refere-se a características e/ou qualidades individuais, subjacentes à pessoa, capazes de levarem-na a um desempenho efetivo superior, a um grau de potência capaz de sustentar um estado de domínio competente. Em saúde, o desenvolvimento de competências apresenta-se como uma nova perspectiva para a formação e trabalho dos profissionais da área, não só por incentivar a

reflexão crítica, mas por ser capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e favorecer o desenvolvimento da cidadania.

Assim, uma força de trabalho competente, ou seja, com conhecimentos, habilidades e atitudes pró-ativas para traduzir políticas e pesquisas em ação efetiva, torna-se fundamental para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da promoção de saúde. Entretanto, o foco da ação deve ser pautado em uma visão ecológica da saúde, onde a comunidade deve ser analisada considerando a interação entre os múltiplos determinantes, na perspectiva de estabelecer e ampliar as percepções das necessidades dos grupos, adotando as melhores formas possíveis para responder às mesmas.

2.2.2) Conferencia Magna “Gestão e Liderança – competências”

Pode-se aventar que existam condições essenciais no estabelecimento de um perfil ao gestor da área de saúde. Possivelmente, uma das condições importantes seja sua capacidade de ouvir, de dialogar e construir coletivamente respostas efetivas para as necessidades das pessoas e dos trabalhadores em saúde, visando o aprimoramento de elementos essenciais à promoção da saúde individual e coletiva; outra condição associa-se ao desenvolvimento de resiliência para lidar com as crises do sistema e de seus membros, transmutando-se para identificar e responder eficientemente a necessidades fundamentais e exigências emergentes; e, uma terceira condição, que mobilizasse atenção para o trabalho em equipe na capacitação de seu quadro de trabalhadores e sua população para usufruírem as vantagens do desenvolvimento da saúde para seu bem-estar geral, o que remete-nos considerar que um processo educativo e de mobilização sejam componentes essenciais no movimento para a vida em sociedade. Ainda, se tomarmos a gestão do cuidado na perspectiva das necessidades do sujeito, dinamismo intelectual e criativo tornam-se competências essenciais para responder eficiente e resolutivamente ao processo de transformar a realidade.

Com isso, ter como produto mudanças nos paradigmas da gestão em saúde, a exemplo da gestão das condições agudas para a gestão das condições crônicas, da gestão baseada em opiniões para a gestão baseada em evidências e da gestão dos meios

para a gestão dos fins, é certamente fundamental para se pensar em quais rumos o gestor contemporâneo tem que se guiar, de maneira que explicitar as competências de um novo gestor é um papel importante a ser discutido e avaliado neste novo período em que vivemos.

Por fim, torna-se necessário agir com uma visão e ação mais ampliadas, estabelecendo um sentido de unidade na diversidade, compreendendo a complexidade da realidade e interagindo as disciplinas para produzir uma ligação com o coletivo e o todo, fundamentados no ideário de uma gestão saudável.

2.2.3) Conferencia Magna “Gestão e Lideranças – rede e complexidade”

A implantação do SUS ainda é parcial, subsidiada por evidências de que o volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda é insuficiente. Ressalta-se, nesse aspecto, a necessidade de produção de uma cultura institucional mais pública, solidária e autônoma, que promova a superação de uma tradição gerencial de redução das pessoas à condição de insumos ou objetos das instituições de saúde. Essa nova ordem organizacional deve estimular a produção e valorização de novos modelos relacionais entre usuários - profissionais de saúde - gestores no pensar/fazer saúde.

A complexidade do serviço, entretanto, absorve a compreensão da abrangência dos eventos no processo saúde-doença, limitando as ações a situações pontuais e urgentes. Nessa perspectiva, um olhar mais apurado sobre a complexidade do sistema sinaliza em compreender o social para além das características individuais, entendendo-a no contexto da articulação dos indivíduos na produção de um coletivo diferente do simples agrupamento das partes. Isso exige quesitos de apropriação e inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

A implementação das Redes de Atenção à Saúde aponta para a possibilidade de oferta de uma maior eficácia na produção de saúde do indivíduo, uma vez que se otimiza a eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional. Contudo, um sistema integrado de saúde conformado em redes, requer em sua concretização, a identificação permanente nos territórios de elementos de risco e vulnerabilidade que impactam e modelam as características da vida e suas condições de saúde. Adicionalmente, requer

a produção de alternativas organizacionais que apontem para um exercício de poder compartilhado, que promova uma aproximação entre aqueles que comandam, planejam, dirigem, executam e recebem as ações e serviços. Assim, possibilita ressignificar os sentidos do processo de trabalho em saúde, como instância fundamental de produção de cidadania e democratização institucional.

2.2.4) Conferencia Magna “Integralidade – rede e complexidade”

Na concepção do pensamento complexo, compreender o social em sua magnitude não significa apenas sinalizar para as características individuais, mas entender a complexidade da realidade no contexto da articulação dos indivíduos que, enquanto coletividade, é mais do que o agrupamento das características individuais. A interação permanente entre os indivíduos, interfere nas características individuais e, por conseguinte, no todo social, sendo uma perspectiva auto organizativa das sociedades. Essa talvez seja a grande dificuldade para a produção de uma linha de cuidado que apresente-se de forma resolutiva e equânime.

Encaminhando essa discussão para a Estratégia Saúde da Família, uma formulação que deve primar pelo atendimento integral, complexo, na multidimensionalidade humana, há necessidade de rever a qualificação dos profissionais para atuarem com os determinantes sociais de saúde, articulando sua atuação de maneira intra e inter setorial com a realidade adscrita. Contudo, com frequência, nota-se um

nó crítico na produção e promoção da saúde, quando generalistas deixam de abordar integralmente os pacientes e os distribuem aos especialistas, que também falham em dar conta de todas as necessidades e no contra-referenciamento para uma resolutividade completa. Torna-se evidente que isso requer estabelecer e ampliar as percepções das necessidades dos grupos, adotando as melhores formas possíveis para responder às mesmas.

A este panorama pode-se associar uma forte contradição com os princípios de um trabalho em equipe para as ações em rede, que caracterizado pela interdisciplinaridade técnica, pela visão crítico-social, pela atenção às subjetividades inerentes, pela ação dialógica e fundamentalmente nutrida pelo respeito ao outro, tem-se que o profissional de saúde esteja capacitado para desenvolver-se tanto na articulação com os demais (intra) como promover uma articulação inter setorial.

A implementação das Redes de Atenção a Saúde (RAS) aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passa pela construção permanente nos territórios e qualificação dos profissionais da saúde, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

Parte IV – Relatorias

Conferências

CONFERÊNCIA MAGNA: INTEGRALIDADE – COMPETÊNCIAS

Palestrante: Eliana Goldfarb Cyrino e Suely Fátima Sampaio

Coordenador de mesa: Fernanda Lopez Rosell

Relatoria: Sonomi Miriam Yano Takita

Dra. Eliana iniciou a conferência com a pergunta: “Como construir práticas de saúde na perspectiva da produção da integralidade e da humanização do cuidado?”

Tem a conferência como objetivos construir elementos para compreensão das especificidades e da complexidade do trabalho e da formação na atenção básica à saúde para as profissões da saúde; compreender o sentido e significado da integração ensino-serviço-comunidade como campo interprofissional; compreender a dimensão do trabalho em redes de atenção à saúde tendo centralidade a ABS; dialogar com as políticas públicas de reorientação da formação dos profissionais da saúde; compreender a integralidade do cuidado e as competências envolvidas.

Formar no SUS para o SUS, num país como o Brasil, Sistema Universal Público e Gratuito, país com mais de 100 milhões de habitantes.

Tem muitos desafios: como mudança na distribuição etária - envelhecimento da população, apesar da queda da mortalidade infantil, tem desigualdade social muito grande.

Desafios: envelhecimento populacional leva ao avanço de doenças crônicas e sobrevivência de recém-nascidos de muito baixo peso determinou a busca de novos modelos.

Dentre os desafios para o SUS busca se qualificar a formação de fixação de profissionais trabalhando no SUS. Formar rede de serviços mais complexa, comunidade terapêutica, consultório de rua, enfermaria álcool e drogas, unidade acolhimento terapêutico transitório, etc.

Desafio atual na formação do profissional - Atenção prioritária é dada no comprometimento dos graduados com a Atenção Primária em Saúde.

A voz do paciente - Maneiras as quais o paciente vai se envolver na educação de profissionais de saúde formam uma escala de envolvimento:

Nível 1 - histórias do paciente utilizadas para criar materiais de aprendizagem, usado por educadores e professores clínicos.

Nível 2 - envolvimento de pacientes simulados e padronizados no ensino e na avaliação da comunicação, na coleta do histórico ou no ensino das habilidades relacionadas à realização de exames físicos.

Nível 3 - pacientes convidados a entrar na sala de aula para compartilhar sua experiência, que é pessoal e única, relacionada a doenças, deficiências e ao sistema de saúde, ou os alunos realizam visitas à família e à comunidade dos pacientes.

Nível 4 - pacientes desempenham ativamente papel de ensino por conta própria ou como co-professores, juntamente com profissionais.

Nível 5 - pacientes são parceiros, não apenas no ensino, mas também no desenvolvimento do currículo.

Nível 6 - pacientes se envolvem, em nível institucional, na tomada de decisões educacionais, como por exemplo, sobre currículo, seleção dos alunos, recrutamento de professores ou avaliação do programa.

Envolvimento nos níveis 5 e 6 são raros.

Em todo o mundo há uma clara necessidade de melhorar a qualidade da assistência à saúde das populações.

Tal mudança será impossível se as escolas da área da saúde não assumirem o compromisso de atender a essa necessidade da sociedade contemporânea.

O processo de formação contribui à superação do abismo entre a formação na saúde ultra especializada e fragmentada e a possibilidade da integralidade do cuidado humano, em movimento que valoriza a voz do sujeito sobre sua singularidade e o significado de adoecer?

O estudante deve ter uma dimensão das atribuições, possibilidades e limitações de cada âmbito da rede, entender como ocorre a relação de um serviço com o outro. O estudante precisa compreender como ocorre o encaminhamento, entrada, fluxo e saída em cada serviço. (Pontes, 2006).

As políticas do MS colocam em relevo um novo agir em saúde pela adoção de princípios da educação pelo trabalho, da interprofissionalidade, da articulação entre escolas e serviços, da diversificação dos cenários de aprendizagens, de práticas pedagógicas que se apoiam em metodologias inovadoras, do fomento à construção do conhecimento sobre educação permanente, integração ensino serviço e ensino na saúde, do desenvolvimento docente, entre outros. Importante ter a mudança do paradigma da assistência às doenças para o paradigma do cuidado humano. Ayres identifica 4 eixos da integralidade:

O eixo das necessidades, que diz respeito a qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas da atenção à saúde;

O eixo das finalidades, que se refere a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos, e recuperação da saúde/reinserção social;

O eixo das articulações de graus e modos de ações interdisciplinares intersetoriais para respostas efetivas às demandas em saúde;

O eixo das interações subjetivas, implicando a qualidade das mesmas. Esses campos retóricos da integralidade são corroborados nos resultados deste estudo.

Temos fomentos e políticas implementadas pelo MS e MEC para mudança na formação como o PRO-saúde e PET saúde.

Dra. Sueli inicia a conferência a partir da ementa a ela enviada e pesquisas relacionadas ao tema.

Competência e o Mundo do Trabalho. No mundo do trabalho, pode-se observar a transição do conceito clássico de qualificação profissional para uma concepção de competência, em função das novas demandas do setor produtivo e da falência dos métodos destinados a adaptar as pessoas ao mercado e aos postos de trabalho. (Lima, 2005)

Autonomia e integração dos trabalhadores no pro-

cesso de trabalho: interesse e visão da direção das organizações

Gestão matricial, horizontalização dos organogramas, desconcentração do poder de planejar e de decidir e a construção de espaços coletivos com capacidade de análise e reflexão: constituição e o fortalecimento de sujeitos e da democracia (Campos, 2000)

- Competência e a Educação Competência: coleção de atributos pessoais.

- Competência: vínculo aos resultados observados/obtidos (tarefas realizadas).

- Competência: noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados. (Lima, 2005)

Concepção Dialógica de Competência

A concepção dialógica de competência reconhece e considera a história das pessoas e o contexto vivenciado. Esta concepção é estabelecida quando o conjunto de atributos pessoais, juntos, produzem a transformação dos saberes e valores num intuito de sucesso da prática profissional. (Lima, 2005)

Competência e a Prática Educativa Lima, Ribeiro, Padilha e Gomes (2014)

Concepção construtivista: competência a partir do mundo do trabalho com abordagem orientada para a *construção social do perfil de competência*.

Sujeitos: atores atuando na *construção do perfil das ocupações e profissões*.

Competência: articula e integra a visão do mundo do trabalho, suas atividades e ocupações, relações entre ação e tarefa, o contexto e a cultura do local, os conhecimentos, habilidades, valores, atitudes.

Competência Dialógica Lima (2005)

Formação de profissionais de saúde:

- *reflexão sobre as práticas profissionais e*

- *construção dialogada entre os mundos da escola e do trabalho com a sociedade*

- *explicitação de diferentes interesses, valores e saberes, social e historicamente constituídos*

Competência (Lima, 2005)

Competência: não se observa diretamente, mas é inferida pelo desempenho.

Profissão: agrupamentos de desempenhos de natureza afim conformam áreas de competência complementares.

Competência profissional: termo singular - síntese de conjuntos de desempenhos (capacidades em ação) agrupados em áreas de competência que conformam o campo da prática profissional, segundo contexto e padrões de excelência.

Abordagem Dialógica de Competência (Lima, 2005)
Construção de significado: transferência da aprendizagem baseada nos conteúdos para uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática.

Reflexão e teorização a partir das ações da prática profissional: situações reais do trabalho, que estudantes e docentes constroem e desenvolvem capacidades.
Processo ensino/aprendizagem por competência: caráter prático e social.

Conteúdos: explorados considerando-se o significado a eles atribuídos e sua consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações reais e complexas, segundo padrões de excelência socialmente definidos.

Abordagem Dialógica de Competência (Lima, 2005)
Mudança no papel dos serviços e dos profissionais de saúde na formação profissional.

Mudança no papel da escola e dos docentes na relação com estudantes e com os parceiros.

Reconhecimento dos diferentes saberes e perspectivas dos atores envolvidos na formação e no princípio de que não há subordinação e, sim complementariedade na integração teoria/prática.

Tendência Atual - Áreas de Competência

Gestão da Atenção à Saúde

Gestão do Trabalho em Saúde

Gestão da Educação na Saúde

Outras reflexões propostas:

- Integralidade do cuidado
- Trabalho em equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar
- Educação interprofissional
- Educação permanente em saúde.

CONFERÊNCIA MAGNA: GESTÃO/LIDERANÇA – COMPETÊNCIAS

Palestrante: Jean Claude Obry

Coordenador de mesa: Aylton Valsecki Junior

Relatoria: José Geraldo Lupato Conrado

Iniciou falando sobre a crise brasileira, na questão da gestão do país. Atualmente não se tem uma liderança

com capacidade de organizar e liderar as questões políticas que estão em discussão, um meio termo.

A pessoas com capacidade de liderança devem ter um talento nato para gerenciar, sem fazer esforço para tal. A liderança tem que ser espontânea e natural.

Na questão da educação, a escola ensina e a família deve educar. A família tem que ter uma certa postura ética, educar o indivíduo no que é certo e errado, mas falta muitas coisas para complementar para a vida como um todo. Na escola o importante é a maneira como se ensina que influencia no aprendizado, não existe aluno ruim e sim professor que não sabe lidar com as várias situações (incompetente).

Ser líder é também ter consciência que também precisa saber ser liderado, saber respeitar a hierarquia. Em nosso país muitas coisas são “copiadas” de outras culturas, falta uma identidade própria que necessitamos incorporar para nos tornar um povo com características independentes. É necessário desenvolver nos indivíduos características neurológicas. Em escolas técnicas, o aprendizado é só o desenvolvimento de técnicas já descritas, consagradas e aplicadas. A escola precisa desenvolver a capacidade de atenção e concentração, cada indivíduo tem um sistema morfológico específico e seu modo específico de aprendizado e estudo.

A Faculdade é uma escola de capacitação enquanto que no doutorado, se adquire um conhecimento específico sobre toda matéria e desenvolvimento de alguma possibilidade diferente e inovadora dentro daquela área específica. Já a Universidade prepara o indivíduo para o universo e para isso se faz o mestrado. Para liderar é necessário se repensar essas diferenças, assim como um cientista posteriormente se torna um pesquisador.

Os autodidatas não têm uma linha a seguir, as coisas fluem naturalmente sem nenhum conhecimento prévio e assim suas fraquezas não tem muita importância no contexto geral.

Para aprender a dominar a concentração é necessário sentir alguma coisa, precisa ter amor, só assim se faz algo com sentimento de prazer.

Preparar o futuro é começar pelo passado, é ter respeito.

A exemplo da crise brasileira, nas pedaladas da presidência, os dois lados estão certos, cada um ao seu ver. A lei proíbe, mas a ética incentiva. A “lei do

jeitinho” tornou o brasileiro uma pessoa egocêntrica, ela só é usada para beneficiar um terceiro se essa beneficiar a si mesmo.

O psicossomático é como se fabrica uma doença. Dependendo do caso um remédio placebo tem capacidade de curar.

Na atual situação em que o Brasil vive hoje foi lançada a pergunta: “Quem seria capaz e estar preparado hoje para liderar o país em caso de impeachment?”. A corrupção está enraizada em nossa população, na nossa cultura. É preciso repensar a escola e faculdades para podermos mudar essa situação.

Na creche por exemplo, não se aprende nada a não ser o convívio social e o afeto. As pessoas cuidadoras que fazem a diferença e na verdade não tem a menor condição de estarem nessa função devido à falta de preparo e conhecimento

Os funcionários do SUS recebem salário fixo para usar seu talento e não ficam sabendo das consequências de seus investimentos nos resultados futuros, já os da iniciativa privada, conseguem um rendimento muito superior tanto financeiramente como em resultados, mas não podem refletir seus insucessos nos outros.

Temos que ter a consciência de que você é o que você acredita.

CONFERÊNCIA MAGNA: GESTÃO/LIDERANÇA: REDE E COMPLEXIDADE

Palestrante: Ademir F. Bacic, Nelson Yatsuda, Eliana Honain

Coordenador de mesa: Vladen Vieira

Relatoria: Érika Miti Yasui

Ademir F. Bacic: “A saúde bucal nas redes de atenção à saúde no SUS”

Apresenta as redes de atenção e a legislação vigente que regulamenta os serviços e respectivos financiamentos/incentivos. As redes em seus diferentes níveis de atenção apresentam componentes de saúde bucal e assim, demonstra as ações e intervenções possíveis da Odontologia no serviço público. Discute o desafio de mudar de um sistema hierarquizado e fragmentado para uma rede poliárquica de atenção em saúde. Apresenta um panorama geral sobre a Estratégia de Saúde da Família, a expansão do número de equipes e sua qualificação mediante os resultados

obtidos no PMAQ-AB. O consultório na rua e unidade móvel odontológica são modalidades que devem ser criteriosamente desenvolvidos, pois há uma grande demanda de municípios que desejam esta modalidade, mas não são elegíveis. Como alternativa, sugere a aquisição de consultórios portáteis, por exemplo. A importância da integralidade da atenção em saúde bucal e da integração dos serviços mediante a referência contra referência mediante o estabelecimento de fluxo institucional de comunicação dos profissionais da atenção básica e especialistas da rede. Finaliza apontando os desafios da gestão para a construção da rede de atenção à saúde bucal são: capacitação dos trabalhadores, rede de atenção com serviços integrados, qualificação do CEO, garantia de acesso, atenção hospitalar, referência contra referência, investimentos, assegurar rede regionalizada com sistema de informação que resulte em indicadores confiáveis.

Nelson Yatsuda: “Redes de Atenção à saúde e regionalização”

Inicialmente, destaca que a sua fala irá abordar a saúde pois a saúde bucal encontra-se inserida, dentro do princípio da integralidade. Apresenta um breve histórico sobre os diferentes ciclos do processo de descentralização e regionalização, e os diferentes instrumentos de regulação que possibilitaram esse processo e completa que isso tem sobrecarregado o município.

Apresenta o mapa com os municípios e as regiões de saúde e como se deu essa construção, obedecendo o perfil populacional

A construção das redes de atenção à saúde em oficinas regionais, (RAS - port. 4279/2010), e que por definição, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade da atenção à saúde num determinado território foi apresentada, com a suas diretrizes e critérios.

Por fim, discute a estrutura e as condições necessárias para o COAP - revisão da portaria 1101/2012, consulta pública 20/2013, 06/2014, PGASS (Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde) e sua importância na gestão.

Eliana Honain: Gestão e liderança: rede e complexidade

Inicia discutindo as dificuldades que os gestores encontram após 30 anos da realização da 8.ª Conferência de Saúde, e 27 anos de SUS, conquista do povo brasileiro. Dentro deste contexto, faz um breve histórico dos processos que foram dando os contornos que o SUS apresenta: NOB, NOAS, Pacto pela Saúde, decreto 7508, discutindo cada aspecto trazidos por eles.

Observa que o perfil epidemiológico brasileiro convive com doenças de país em desenvolvimento caracterizado pelas taxas de mortalidade infantil, e também de países em desenvolvimento, como as doenças crônicas, e assim é necessário investir fortemente em uma política nacional de promoção em saúde.

A construção das redes permitiu garantir a continuidade do atendimento em seus diferentes aspectos, mas apresenta o desafio da integração dos serviços, mediante os protocolos de encaminhamentos. O COAP permite o fortalecimento da Atenção Básica para que esta realmente coordene os serviços, pois todas as redes devem ter como ordenadora a atenção básica.

Mediante a situação atual do país, os profissionais devem ter conhecimento e responsabilidade para com a população adscrita.

Ressalta que a regionalização permitiu o fortalecimento dos gestores de municípios menores, que passaram a ter voz, a discutir e pleitear. A instituição do consenso em substituição ao voto, mostra o amadurecimento dos gestores e apropriação de suas necessidades. Mas a decisão deve ser sempre em prol da região, o eu coletivo prevalece sobre o eu individual.

A construção das redes foi desenvolvida em diferentes momentos nos municípios - a Rede Cegonha por exemplo, iniciou na Grande São Paulo.

Para os gestores, há um grande desafio que é de transformar esse modelo tecnoassistencial, com desperdícios estruturais que ameaça a efetivação do SUS.

O investimento em procedimentos sensíveis a ação da Atenção Básica é primordial pois se esta não for resolutive, compromete a integralidade da assistência.

Para isso, aponta como caminho, o trabalho em equipe, a reorganização dos serviços de saúde, o desenvolvimento de habilidades de gestão e liderança, compromisso do profissional com o SUS, não como mero ator mas como co-responsável pela saúde da população.

DISCUSSÃO: apontados por profissionais

- **Claudio** - Valorização dos profissionais
- **Sonia (RJ)** - fechamento das UPAS e demissão de CD devido à falta de repasse do governo federal; biossegurança nas UOM; 1 consulta para a gestante é muito pouco e que após nascer a criança não é acompanhada.
- **Manfredini** - destaca a importância do componente político nas decisões. Aponta a necessidade de valorização dos profissionais mediante a instituição de plano de carreira, melhores salários e condições de trabalho. Questiona se existe a perspectiva de mudança no financiamento. Lembra da importância da criação do cargo de articulador de saúde bucal no DRS.
- **Ademir** responde que a forma de financiamento é por meio das equipes de ESF e que quis apresentar as diferentes possibilidades de inserção do CD nas redes de atenção. Quanto as UMO, esta apresenta critérios de elegibilidade bem definidos e que tem apresentado bons resultados, mas é um recurso muito oneroso e que uma alternativa pode ser o consultório portátil. Quanto a consulta para gestante, relata que uma é o mínimo e que estudará a possibilidade de instituir consultas para a criança também.
- **Nelson** concorda com a importância do componente político e que é a partir de movimentos políticos em suas diferentes instâncias que se define a agenda política. Assim, para que os desdobramentos desejados aconteçam, os profissionais devem se mobilizar para entrar nesta agenda. Muitas limitações são circunstanciais, em função da situação político financeira e que a valorização profissional também se dá com o financiamento adequado dos serviços.
- **Eliana:** as necessidades da população não muda com a crise e não deve haver omissão de nenhuma esfera de governo, é preciso rever e enfrentar a situação.

CONFERÊNCIA MAGNA: INTEGRALIDADE – REDES E COMPLEXIDADE

Palestrante: Érico Vasconcelos

Coordenador de mesa: Paulo Frazão

Relatoria: Doralice Severo

Érico Vasconcelos

Coloca sua trajetória na Saúde Coletiva e inicia tentando desconstruir a imagem negativa do SUS. Discorre sobre a transição epidemiológica, demográfica e sobre o modo de viver nas grandes cidades e o adoecimento que essa forma de viver causa nas pessoas. O que está acontecendo com nossa sociedade que mostra tanta violência, abandono e solidão?

Esses recorres da vida real na gestão dos serviços evidenciam que do ponto de vista estrutura e de processos de trabalhos as redes e serviços não dialogam entre si. Não há permissão para novos arranjos e maior compartilhamento entre os diversos atores. Doenças emergentes que mostram a fragilidade do sistema de saúde dos municípios. Além do subfinanciamento crônico. A necessidade de mudança urgente na relação interfederativa.

O cuidado em saúde evoluiu das caixas de pensão até o atual Sistema Único de Saúde que faz parte da Reforma Sanitária brasileira que é uma grande responsabilidade para todos os brasileiros.

Quais caminhos trilhar para oportunizar o cuidado em saúde bucal para as pessoas?

Qual é o papel do CD na estratégia da saúde da família?

Os profissionais da odontologia não estão aptos a enxergar além dos problemas dentários, com extrema dificuldade para enxergar o todo.

Organização compartilha da agenda - priorização pactuada com a população

Grupos, visitas domiciliares...

A discussão sobre rede e integralidade está constituída sob esses pontos de vista. Destaca-se que a integralidade está prevista na Constituição federal e na Lei 8080. Porque não se cumpre o prometido, o desejado?

1991 - PACS 2014 - 68% de cobertura da EFS e 48% cobertura ESB

O que predomina em São Paulo

Modelo de assistência tradicional, feita no espaço do hospital e sob a lógica do remédio e do médico que fragmenta as pessoas.

AB com baixo ordenamento das redes de atenção à saúde, frágil gestão do cuidado e pouca eficácia quanto ao custeio.

AB com baixa capacidade de resposta as demandas da gestão, frente a pouca eficiência na correspondência de expectativas das populações.

Por onde começar?

Primeiro temos que saber onde estamos?

Qual o grau de protagonismo?

Desafios para o SUS de hoje:

Ampliação acesso às ações através da AB;

RAS desorganizadas e hospitalomédicocêntricas;

Problemas com a Regionalização

A AB deve garantir a Integralidade. É um campo de ação de menor densidade tecnológica no que tange às tecnologias duras, porém com papel fundamental no tecer das redes.

Integralidade vertical - tudo para todos - prisma do profissional, qualidade da atenção e na perspectiva do intangível é o que foge da governabilidade do profissional

Integralidade horizontal - sob a lógica mais transversal na RAS. A RAS é gerida por pessoas que ocupam espaços privilegiados na tomada de decisão, monitoramento, etc. O quanto esses perfis correspondem as competências que esses profissionais precisam ter.

Integralidade - Professo saúde doença - desde a promoção até a reabilitação

Integralidade da gestão

Integração ensino-serviço - o quanto atinge as perspectivas dos trabalhadores e o quando é oportuno para o aluno.

Tecer as redes com a participação popular, as IES. Exercício da integralidade na organização dos processos de trabalho. Conhecer o território na perspectiva social e geográfica

Genograma - relações familiares

Eco mapa - relação entre a família e os demais espaços sociais

Escala de Coelho Savassi - traça um retrato do território classificando as famílias de acordo com o risco.

Fornecer um retrato da realizada

O quanto os profissionais de saúde bucal estão preparados para interferir na situação das famílias?

Realizar a triagem das equipes de saúde bucal levando em conta o risco biológico e o risco social para definir qual família será atendida primeiro.

Determinar percentuais para a equipe construir a agenda individual, a considerar o número de pacientes atendidos/dia?

Estas estratégias alavancam pacientes via famílias diminuindo o absenteísmo

O tempo de tratamento determinado pela condição de saúde bucal das pessoas triadas proporciona maior número de TC em menor tempo.

Paulo Frazão

Define a apresentação do Érico como interessante enquanto um painel que vai desde os conceitos mais simples até conceitos complexo como o Eco mapa.

Financiamento do SUS - é uma questão que está colocada e que não será resolvida a curto prazo. Dependerá de uma pactuação política, crise fiscal, dificuldade do estado brasileiro de autofinanciar e financiar as políticas sócias.

Enquanto os problemas de financiamento não se resolvem, o que podemos fazer?

Não estamos aproveitando todo o conhecimento científico que está a nossa disposição. O conhecimento pode ser uma ferramenta muito importante de transformação. Para isso precisamos interagir nos processos de gestão, seja num nível de UBS, AE ou Hospital, prefeitura, região de saúde.

Mudança do modelo de atenção agudo para crônico, longitudinal, que se antecipe À doenças crônicas e transformações indesejáveis. Para isso é necessário fazer uma leitura da sociedade e dos territórios onde as famílias vivem.

Por isso é importante pensar a integralidade do ponto de vista da promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito do território. Como intervir sobre esses fatores.

É necessário um modelo que trabalhe não somente na gestão dos recursos, mas também na gestão das transições demográficas e epidemiológica.

Há um movimento dentro da sociedade que é contrário a isso. O papel das lideranças é fundamental nesse aspecto. É preciso identificar e formar lideranças que sejam favoráveis à integralidade sob pena de trazermos mais problemas para as gerações futuras. Não há como dissociar o técnico e o político das lideranças. Precisamos ter lideranças políticas que signifiquem respostas adequadas aos nossos problemas. Esse é o nosso desafio: reconhecer e apoiar

essas lideranças. Quais lideranças vamos apoiar, quais valores essas lideranças defendem.

Perguntas

- Priscila - Americana - dúvida quanto a cobertura da ESB. Como Erico vê a SB num momento de valorização de UPA, Quando a SB vai chegar a 100% de cobertura?

A SB enfrenta um obstáculo ao avanço por entraves financeiros que permeiam a gestão do SUS. O governo federal subsidia parte da SB no Brasil, mas ainda há muito por fazer. Há dificuldade de ampliação de Mod 2, embora haja financiamento para isso. Para o gestor esse recurso custeia 30% do total. A contrapartida recai muito sobre o município. Há uma questão da sensibilidade do gestor para a Bucal, tem uma perspectiva da categoria organizada de forma política bem sustentada. Uma tensão nesse sentido pode apoiar a tomada de decisão por parte do gestor favorável a SB. Chegar a 100% pode ser um jeito de pensar uma gestão com maior financiamento do estado que pensa a gestão do SUS de uma maneira diferente, ou seja, com o estado financiando parte da AB dos municípios.

Há uma pressão do CONASEMS para repensar a gestão do SUS, como por exemplo, equipes de saúde bucal com 2 CDs de 20 horas e não 1 CD de 40 horas para aumentar o número de profissionais contratados. Traria mais CD para a saúde bucal, num custo talvez mais adequado.

Há outras formas de fazer saúde bucal na SF para anteder as necessidades das pessoas e corresponder às nossas expectativas.

- Ribeirão Preto - trabalhador do CEO. Começou uma avalanche de casos de judicialização para colocação de implante.
- Sheila - São Paulo - Não entendeu a lógica do Erico quando coloca que é melhor 20 horas do que 40 horas. Como serão feitas as ações de promoção de saúde?
- Carlos - Castilho - estamos criando uma mão dupla. Como vamos tratar de uma política pública de saúde quando não há continuidade da gestão. Estamos a mercê da política partidária. Flexibilização da carga horária assim como os médicos - defende a ideia do Erico de contratar dentistas de 20 horas.

Respostas do Erico:

Temos vários profissionais da rede com carga de 20 horas. Muitos são impedidos de participar da ESF devido a carga horária. Defende a chance de o colega vivenciar a ESF.

Temos uma questão de perfil, de gestão porque não capta recurso (20 horas), não adiante fazer 40 de mentira podendo fazer 20 de verdade.

A ideia é que o CD quando se dedica 40 horas, pelos valores que são pagos, não corroboram para trabalhar 40 horas. É muito pouco.

Podemos pensar outros jeitos de fazer odonto com outras cargas horárias. É complexo mas devem ser tentados todos.

Judicialização de implantes - o que subsidia essa judicialização, quem está indicando dentro da rede? Forma como devemos nos posicionar no nosso estado democrático de direito é uma saída para nos alinharmos a perspectiva que Carlos questiona.

A odonto tem dificuldade de se colocar politicamente, de se colocar enquanto classe profissionais. PRECISAMOS costurar muitas coisas mais. Precisamos encontrar lideranças locais, estaduais e federais para conquistar espaços dentro dos partidos. Se não for assim vai ser como? Temos que construir boas alianças com pessoas que nos representem bem continuaremos vítimas das circunstâncias. O que queremos, porque queremos nos reunir, de onde saímos, onde queremos chegar?

Comentários Frazão - gestão de recursos e gestão da mudança; diferentes pontes de vista da gestão. Podemos obter os recursos do GF mas estaremos mais distantes de fazer a mudança.

Oficinas

ESPAÇO AUTOPOIÉTICO: INTEGRALIDADE - COMPETÊNCIA

Questões para as reflexões:

Questão 1- Quais os motivos para atuar na lógica da integralidade nas minhas ações?

Questão 2 - Que competências julgo serem necessárias para realizar a integralidade na minha prática?

Questão 3- Que estratégias utilizaria para adquirir competências para as ações de integralidade?

SALA 1

Facilitadores: Claudia Maria Krauss Alves Lima, Maria Teresa Valderrama Carvalho, Odete Sinhoreli Thereziano Trotta

Reflexões Questão 1:

Diminuição do sofrimento do paciente e do número de idas do paciente à Unidade de Saúde, Aumentar a resolutividade da Atenção Básica.

Focar no indivíduo: Olhar e pensar no indivíduo, contexto social.

Ampliar a escuta e humanizar o atendimento.

Reflexões Questão 2:

Conhecimento do Fluxo dos serviços de Saúde, permitindo que os profissionais utilizem todos os recursos da Rede.

Buscar sempre a capacitação profissional, buscando conhecimentos e compartilhando com os outros profissionais da equipe, sendo cada membro da equipe um multiplicador.

Trabalho em equipe com discussão dos casos, compartilhando saberes.

Autocontrole, capacidade de comunicação, empatia.

Reflexões Questão 3:

Conhecer o território com um diagnóstico social epidemiológico, identificando as vulnerabilidades. Ofertar capacitações, habilitando o profissional para enfrentamento das vulnerabilidades do território.

Atender o indivíduo como um todo, de forma global e integral interdisciplinarmente.

Aproximação com o conselho de saúde, e das lideranças populares.

Aproximação da universidade com presença dos acadêmicos nas unidades de saúde.

Integração entre os diversos níveis de atenção, aperfeiçoando o fluxo de referência e contra referência.

Humanização no atendimento.

Sensibilizar o gestor para as práticas da integralidade.

Avaliação de forma ampla dos serviços a fim de que possam medir a eficácia das ações implementadas.

SALA 2:

Facilitadores: Leila C.B. Rudnytskyj, Carlos Roberto Tencarte

Reflexões Questão 1:

Para promover a saúde do indivíduo como um todo. Atendendo a todas as suas necessidades e o programa da Saúde da família contribui muito para que se atinja estes objetivos.

De acordo com as diretrizes do SUS. A integralidade do atendimento ao paciente não somente analisando o tratamento da “boca”, mas na sua totalidade.

A Integralidade nos desafia a saber e fazer “O que”. Qualificação do cuidado, ampliar o olhar para o paciente.

É o eixo condutor para o processo de mudanças para ruptura de valores tradicionais na saúde. Todos os profissionais de todos os níveis são tutores.

Para pensarmos em uma lógica integralizada devemos melhorar e ampliar o olhar e adesão ao tratamento, dessa forma empoderando e correpon-sabilizando o usuário com seu cuidado. Ademais, é necessário haver diálogo entre setores.

O objetivo é a promoção da saúde do indivíduo como um todo, segundo preconizado pelas diretrizes do SUS, qualificando o cuidado ampliando o olhar do paciente

Reflexões Questão 2:

Além dos conhecimentos técnicos de cada integrante, é necessário conseguir se inserir no grupo em que se trabalha e expor as necessidades que se julga. Ouvir o paciente e entender o que ele precisa, o que ele busca. O profissional precisa se adequar as diversidades sociais e aprender a dialogar com cada nível socioeconômico.

Acolhimento, escuta qualificada.

Compartilhamento de saberes.

Trabalho em equipe.

Juntos, até para a formação do projeto terapêutico.

As competências necessárias a um profissional que pensa na lógica da integralidade são:

Empatia

Receptividade a novas ideias

Conhecimento

Liderança

Atitude

Habilidade de lidar com eventos diversos

Escuta qualificada, compartilhamento de saberes com a equipe e o usuário e reconhecimento de necessidade de se pactuar mudanças com atitudes que respondam a necessidade da equipe para o melhor andamento do serviço odontológico, visando a resolutividade dos problemas dos pacientes.

Reflexões Questão 3:

Buscar melhor formação para que consigamos como profissionais nos inserir neste contexto de integralidade. Reuniões de equipe seria uma alternativa, educação permanente. Incentivo da gestão para o desenvolvimento de ações em equipe.

Educação continuada.

Capacitação profissional pelo serviço.

Educação permanente em saúde.

Formação profissional com inserção na grade curricular as práticas de integralidade.

Estratégias para atingirmos esses objetivos são a educação permanente, como um processo contínuo, vivo e em ato no dia a dia, dialogando com os diversos atores desse processo e quebrando paradigmas para a transformação da prática

A educação permanente para a capacitação do processo de escuta e de compartilhamento de decisões, sabendo da potencialidade de cada membro da equipe de trabalho.

SALA 3:

Facilitadores: Claudio César, Lúcia, Maria Goreti, João, Paulo Roberto e Nídia

Reflexões Questão 1:

Compreender os aspectos físicos, psicológicos, sócio-econômicos e culturais, visando atender as suas reais necessidades, através da multiprofissionalidade e trabalho em equipe. Estes valores favorecem o comprometimento dos profissionais e dos pacientes com o próprio bem estar e permite que os usuários tornem-se multiplicadores das informações adquiridas junto à comunidade.

Reflexões Questão 2:

Habilidades técnicas pautadas nos nossos conhecimentos.

Estabelecimento de vínculo através da escuta qualificada.

Democratização dos saberes, da equipe para com os usuários e vice-versa e entre os próprios profissionais da equipe.

Atendimento longitudinal

Entender cada usuário como parte de um contexto mais amplo, bem como sua inserção na sociedade, família e comunidade.

Reflexões Questão 3:

Capacitação técnica através da educação continuada. Estabelecer e fortalecer o conceito do trabalho em equipe.

Motivação das equipes, inclusive através do apoio institucional.

Estabelecer vínculos efetivos com as universidades, buscando mudanças nas diretrizes curriculares com ênfase nos princípios do SUS.

SALA 4:

Facilitadores: Diana Tsuyako Shibuya, Alexandre Lippelt Ribeiro dos Santos e Márcia Cristina Tamia Ferreira

Reflexões gerais:

- Garantir a autonomia dos Cirurgiões-dentistas para realizar encaminhamentos para a rede de apoio multiprofissional (com referência e contra referência).
- Promover educação permanente no próprio ambiente de trabalho para melhorar a organização do processo de trabalho (fluxo de informações, prontuário único, fluxo de acolhimento e autonomia profissional).
- Implantar prontuário eletrônico (único).
- Implantar nas Unidades Básicas de Saúde espaço para o desenvolvimento de atividades educativas de formação (graduação, residência, estágios e educação permanente), a fim de contribuir no aprendizado de competências.
- Remunerar os profissionais que atuam na formação dos alunos dentro das Unidades Básicas de Saúde.
- Incentivar atitudes profissionais pró-ativas.
- Promover a horizontalidade entre os membros da equipe.

SALA 5:

Facilitadores: Silvia Cristina Sano, Lucia Maria Lima Lemos de Melo, Paulo Eduardo Alves Quaranta

Reflexões Questão 1:

Buscar maior efetividade e eficiência nas ações

Atender as necessidades individuais e coletivas

Empoderar os usuários na co-responsabilização na busca e manutenção da saúde e qualidade de vida

Compreender as necessidades e desejos dos pacientes

Integrar os níveis de atenção e a co-responsabilização entre eles

Superação da fragmentação do sujeito, considerando a questão social para a construção do cuidado.

Protagonismo do profissional e usuário (corresponsabilidade)

Reflexões Questão 2:

Saber trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar no cuidado ao usuário.

Promover a intersetorialidade

Dar conhecimento dos diferentes processos de trabalho como referência e contra-referência nos diferentes níveis de atenção.

Ter empatia colocando-se no lugar do usuário do sistema.

Reflexões Questão 3:

Promover espaços de educação permanente e continuada com financiamento tripartite.

Realizar reuniões de equipes proporcionando troca de experiências.

Promover ações de matriciamento.

Saber organizar a oferta de serviços de saúde.

Facilitar a participação dos profissionais de Saúde Bucal em espaços institucionais como conselhos, cursos, capacitações, etc.

Implantação de Plano de Cargos e Carreira - valorização profissional.

Incentivar a mudança de grade curricular formando profissionais conhecedores do SUS promovendo a integração ensino-serviço.

ESPAÇO AUTOPOIÉTICO: GESTÃO E LIDERANÇA COMPETÊNCIA

Questões para as reflexões:

Questão 1 - O que eu gostaria para a saúde Pública no Brasil?

Questão 2 - Para gerenciar a saúde (intra e extra-pessoal) no meu "lôcus" de trabalho, que competências devo reunir?

Questão 3 - Como colocar isso na minha prática cotidiana?

SALA 1:

Facilitadores: Claudia Maria Krauss Alves Lima, Maria Teresa Valderrama Carvalho, Odete Sinhoreli Thereziano Trotta

Reflexões Questão 1:

Financiamento maior e melhor utilização pautada na honestidade, ética e competência.

Gestores mais bem preparados e com competência técnica para a gestão em todos os níveis, possibilitando uma maior eficiência e eficácia nas ações de saúde. Melhor distribuição dos recursos de forma mais equilibrada entre as cidades e regiões.

Oferta de serviços de forma a suprir as necessidades de cada cidade ou região.

Recursos Humanos - Equipes completas (CD, ASB e TSB), permitindo desenvolver o modelo de atenção adotado.

Tratamento mais humanizado e resolutivo.

Atendimento visando a prevenção e não o tratamento apenas.

Comprometimento do usuário com sua saúde.

Reflexões Questão 2:

Competências técnicas com honestidade, ética e competência técnica, empenho, liderança, bom relacionamento interpessoal (iniciativa e liderança)

Motivação.

Comprometimento.

Trabalho em equipe.

Reflexões Questão 3:

Rever o processo de trabalho com o engajamento da equipe nas propostas.

Investimento na capacitação dos profissionais e em equipamentos viabilizando maior eficiência com eficácia, otimizando resultados.

Garantir junto à gestão o investimento necessário para implementação das mudanças.

Valorização profissional.

Inserir a odontologia no contexto geral de saúde, trabalhando de forma mais integrada com os outros profissionais.

Informação aos trabalhadores e usuários com clareza sobre seus direitos e deveres no SUS.

SALA 2:

Facilitadores: Leila C.B. Rudnytskyj, Carlos Roberto Tencarte

Reflexões Questão 1:

Quero uma saúde pública que incorpore as ações de educação para ajudar a construir uma sociedade de pessoas capazes de se auto cuidar e sejam plenamente conscientes de como conduzir suas vidas de forma saudável.

Maior respeito e valorização o profissional pelo gestor e população.

Melhores condições de trabalho.

Plano de cargo carreira e salário.

Maior comprometimento do usuário como serviço.

Gostaríamos que houvesse menos manipulação política que impedem que a saúde pública seja desenvolvida e aplicada da forma como poderia ser, dentro das condições que o próprio estado nos proporciona.

Maiores programas de educação para que pudéssemos trabalhar de forma mais preventiva para tentar solucionar e evitar os problemas da população

Uma política pública de Estado com valorização profissional e educação dos gestores, trabalhadores e usuários com corresponsabilidade.

Reflexões Questão 2:

Encarar as tarefas de forma positiva, primordialmente pensando no bem comum.

Humildade.

Tolerância.

Respeito.

Paciência.

Liderança.

Corresponsabilidade.

Ter a capacidade técnica para solucionar os problemas, saber ouvir o paciente e as pessoas envolvidas neste serviço (no ambiente de trabalho)

Capacidade técnica para solucionar os problemas de saúde, saber ouvir as pessoas envolvidas com o trabalho e também os usuários. Ter humildade, tolerância, respeito, paciência, liderança e corresponsabilidade além de estimular as potencialidades de sua equipe. Encarar as tarefas de forma positiva e prioritariamente pensando no bem comum.

Reflexões Questão 3:

Importância da presença física, para ter sensibilidade das necessidades. Ademais, deve-se ter disposição para ouvir e, se necessário, mudar de opinião.

Trabalho em Equipe

Educação Permanente.

Através de reuniões de equipe, tentando motivar tanto as pessoas inseridas no ambiente de trabalho, quanto os pacientes. Ouvir as necessidades e as dificuldades de cada um e encontrar soluções que beneficiem a todos.

Estimular as reuniões de equipe, presença física nas mesmas visando a prática da integralidade e de corresponsabilidade. Ética profissional e de conduta pessoal. Valorização e empoderamento dos acordos firmados com a equipe, uma vez que fiz parte de sua construção.

SALA 3:

Facilitadores: Claudio César, Lúcia, Maria Goreti, João, Paulo Roberto e Nídia

Reflexões Questão 1:

- Recursos humanos motivados, capacitados, qualificados e adequadamente remunerados.
- Investimentos nas estruturas físicas e tecnológicas.
- Humanização profissional
- Gestores capacitados para organizar eficientemente os serviços e atingir os objetivos propostos.
- Que a ética seja norteadora das ações dentro do sistema.
- Desempenho de acordo com cada realidade, dentro de suas especificidades.

Reflexões Questão 2:

- Conhecimento e habilidade técnica gerencial.
- Perseverança e entusiasmo.
- Desenvolvimento de potencial.
- Capacidade de inovação.
- Atitude e coerência em relação a realidade e os objetivos a serem atingidos.
- Parâmetros éticos.

Reflexões Questão 3:

- Incentivar parcerias ensino/serviço, colaborando para o aprendizado dos futuros profissionais no conhecimento do SUS.
- Capacitação técnica na área de saúde coletiva.
- Capacitação dos profissionais para o acolhimento.
- Administração correta da relação recurso/eficiência no trabalho.
- Estabelecimento de protocolos norteadores.
- Estabelecimento de rotina de discussão multiprofissional e comunidade, no intuito de adequação dos protocolos a realidade local.

SALA 4:

Facilitadores: Diana Tsuyako Shibuya, Alexandre Lippelt Ribeiro dos Santos e Márcia Cristina Tamia Ferreira

Reflexões gerais:

Foram abordados na discussão dos grupos temas como:

- Valorização profissional
- Cuidado com o cuidador
- Participação social
- Necessidade de perseverança
- Planejamento
- Trabalho em equipe

Foram formuladas as seguintes propostas:

- Garantir princípios e diretrizes do SUS.
- Garantir recursos financeiros para execução das políticas públicas.
- Garantir a articulação entre as políticas públicas.
- Implantar e implementar monitoramento e avaliação das ações realizadas.

- Rever modelo de atenção.
- Trabalhar intersectorialidade e interdisciplinaridade.
- Garantir Educação Permanente.
- Incentivar a participação e controle social.
- Incentivar trabalho em equipe e gestão participativa.

SALA 5:

Facilitadores: Silvia Cristina Sano, Lucia Maria Lima Lemos de Melo, Paulo Eduardo Alves Quaranta

Reflexões Questão 1:

Melhorar a capitação e utilização de recursos disponibilizados para a saúde
Regulamentar a emenda 29
Fortalecer o SUS com participação social e valorização profissional
Formar profissional “no SUS para o SUS” - ética

Reflexões Questão 2:

Liderar de forma pró-ativa
Acolher e ofertar um tratamento mais humanizado
Estimular o trabalho em equipe
Capacitar os profissionais de saúde através de Educação Permanente e Continuada.

Reflexões Questão 3:

Promover Gestão compartilhada
Efetivar a resolutividade das ações.
Empoderar e capacitar o controle social
Ser um facilitador das ações e reivindicações da classe odontológica
Incentivar a Humanização, reflexão crítica
Estabelecimento de metas
Valorização e utilização de profissionais de nível técnico
Promover oficinas

ESPAÇO AUTOPOIÉTICO: GESTÃO/LIDERANÇA – REDE E COMPLEXIDADE

Questões para as reflexões:

Questão 1 – Como a complexidade do meio me afeta nas ações de gestão e/ou liderança?

Questão 2 – Quais os recursos de gestão e de liderança necessários para que as redes de atenção à saúde possam melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde?
Questão 3 - Na minha prática, como gerenciar a interação das redes de atenção e a complexidade as quais estão inseridas?

SALA 1:

Facilitadores: Claudia Maria Krauss Alves Lima, Maria Teresa Valderrama Carvalho, Odete Sinhoreli Thereziano Trotta

Reflexões Questão 1:

Ausência do cargo de Coordenador de Saúde Bucal no município.
Falta de integração e comunicação adequada entre as três esferas do governo.
Cargos de gestão preenchidos por indicação política e não pela capacidade técnica, e por pessoas que não são concursadas, ou de carreira na saúde, produzindo alta rotatividade.
Usuários com pouca compreensão e responsabilidade pela sua saúde.
Ausência de plano de cargos e salário como forma de motivação dos profissionais.
Interferências políticas nos encaminhamentos de usuários, burlando filas e fluxos, criando uma porta de entrada paralela.
Equipe sem perfil para o trabalho no SUS, sem preparo para o trabalho em equipe, descomprometido.
Falta de acolhimento a novos profissionais.

Reflexões Questão 2:

Organização do processo de trabalho pautado no modelo de atenção adotado (prevenção e promoção de saúde). Curso Introdutório à ESF-SB.
Trabalhadores sem comprometimento desmotivando a equipe.
Mecanismos de motivação profissional - plano de cargos e salário.
Reverter recursos de incentivos (PMAQ) para melhoria de condições de trabalho.
Reforço positivo por parte do gestor para as equipes que se desenvolvem positivamente.

Implantação efetiva de uma rede de referência e contra referência.

Rever e ampliar o recurso para atendimento terciário. Ter equipes completas com criação de cargos de ASB e TSB, otimizando o trabalho em equipe.

Instituir a linha de cuidado de Saúde Bucal, que permeie todas as redes de atenção.

Reflexões Questão 3:

Construção de protocolos de atendimento e funcionamento dos equipamentos de forma coletiva com a equipe, minimizando a utilização da porta de entrada paralela (indicação política).

Aproximação com os conselhos de saúde, divulgando os serviços prestados, protocolos de encaminhamento e as necessidades.

Valorização e inclusão do profissional auxiliar e técnico.

Equipe de Saúde Bucal como parte da Equipe Mínima Da Estratégia de Saúde da Família (implantação simultânea da equipe médica e de Saúde Bucal).

Classificação de risco em odontologia.

Planejamento das Ações em Saúde Bucal.

RESUMO:

Protocolos de saúde Bucal

Inclusão dos profissionais auxiliares

Aproximação do Conselho Municipal e Estadual de Saúde

ESF = equipe médica e odontológica

Ampliar recurso Atenção Terciária.

Linha de cuidado de Saúde Bucal

Implantação da Classificação de risco

Planejamento em Saúde Bucal

Criação do Cargo de ASB e TSB

Plano de Cargos e Salários de toda a equipe.

Curso Introdutório à ESF -SB

Implantação da Rede de referência e contra referência em Saúde Bucal.

SALA 2:

Facilitadores: Leila C.B. Rudnytskyj, Carlos Roberto Tencarte

Reflexões Questão 1:

Interferências políticas nas decisões técnicas. Dificuldade de trabalho em equipe e Inter profissional.

Gestão financeira.

A falta de interação entre os três níveis de atenção: básica, a especializada e a hospitalar. Dificuldade de trabalhar a intersectoralidade.

A princípio a grande demanda e pouca oferta de serviços complexos e, por vezes, básicos. Falta de espaços para lazer e esporte, bem como falta de um espaço de discussão. Falta de saneamento básico e dificuldade no acesso de informação; comunicação deficitária na própria rede e a questão geográfica. A dificuldade de interação e de comunicação. Dificuldade de trabalhar a intersectoriedade entre a própria rede.

Reflexões Questão 2:

Acolhimento.

Construção conjunta do processo terapêutico entre profissional e usuários.

Investimento em equipamentos (materiais e tecnologia).

Profissionais capacitados (qualificação profissional) Incentivar os trabalhos preventivos, no sentido e prevenção e promoção da saúde, além da redução de custos. A resolutividade deve ser alcançada na atenção básica e quando necessário acompanhar o usuário nos outros níveis de complexidade.

Ao pensar em recursos de gestão e liderança consideramos necessário educação permanente, dinheiro e bom planejamento financeiro, conselho gestor, redução de custos com programas de prevenção e promoção, melhorar a comunicação entre os atores/sujeitos do SUS e a formação de profissionais como o olhar voltado para o SUS.

Incentivar ações de prevenção e de atenção básica tornando-a mais resolutiva através de um bom planejamento e a construção conjunta do processo terapêutico. Utilizar o mecanismo de acompanhamento dos casos encaminhados para ver a resolução dos mesmos.

Reflexões Questão 3:

Comunicação mais efetiva, dialogo, educação permanente. Conhecer as necessidades dos serviços e usuários.

Inovar.

Se colocar no lugar do outro.

Trabalhar os protocolos de referência e contra referência e cobrança mutua entre

Os trabalhadores. O paciente deve ser motivado e corresponsável com o processo saúde doença. Implantação de uma rede com acesso facilitado de informações como protocolo eletrônico e agenda eletrônica.

Através de linhas de cuidado (não engessado), sistema de referência e contra referência efetivo, salientando a comunicação e regulação entre as partes, formando uma rede, prontuário único eletrônico através do cartão SUS.

Estimular e cobrar a efetividade dos protocolos de referência e contra referência incluindo a regulação entre as partes envolvidas e o próprio usuário. Efe-tivação do prontuário eletrônico acessado através do cartão SUS para controle.

SALA 3:

Facilitadores: Claudio César, Lúcia, Maria Goreti

Reflexões Questão 1:

- Falta de entendimento da complexidade do meio social por parte do gestor e por parte dos profissionais atuantes.
- Dificulta na inserção dos pequenos municípios as redes de assistência, por gestão e assessoria técnica ineficiente (pobre conhecimento técnico dos gestores).
- Afeta no direcionamento do foco nas ações inte-grais no cuidado do indivíduo.
- Nas mudanças contínuas das lideranças por de-terminações políticas nas três esferas de governo.
- Falta de um fluxo pré-estabelecido (contra refe-rência).
- Falta do uso dos indicadores e levantamentos epidemiológicos para planejamento das ações

Reflexões Questão 2:

Recursos técnicos adequados e recursos humanos capacitados desde o acolhimento até a gestão.

Recursos de educação permanente e continuada Capacitação e conscientização do usuário para se empoderar de sua saúde.

Reflexões Questão 3:

Primeiramente conhecer as redes de atenção e onde estão inseridas, e a interação entre os atores envolvidos para aprimorar a comunicação.

Adequação de protocolos de referência e contra referência.

Exigência que a gerência técnica administrativa deve ser de um cirurgião dentista.

SALA 4:

Facilitadores: Diana Tsuyako Shibuya, Alexandre Lippelt Ribeiro dos Santos e Márcia Cristina Tamia Ferreira

Reflexões gerais:

Foram discutidas, dentre outros assuntos, a dificuldade de entendimento por parte da gestão sobre ações preventivas, muitas vezes não sendo encara-das como “trabalho”, dificultando a realização destas pelos profissionais da rede.

Além da falta de espaço para a realização de ativida-des preventivas (escovódromo, por exemplo).

Foram formuladas as seguintes propostas:

- Disponibilizar o conhecimento e o funcionamen-to das redes de atenção à saúde aos profissionais e à população.
- Inserir o cirurgião-dentista nos diversos espaços pertinentes existentes na rede.
- Revisar os protocolos de encaminhamentos.
- Implantar e fortalecer os grupos condutores de rede.
- Promover encontros das redes municipais (entre gestores, trabalhadores e usuários, periodicamente, para troca de experiências e atualização dos conhecimentos.
- Proporcionar Educação Permanente dentro da Unidade de trabalho otimizando a utilização dos recursos humanos existentes.

SALA 5:

Facilitadores: Silvia Cristina Sano, Lucia Maria Lima Lemos de Melo, Paulo Eduardo Alves Quaranta

Reflexões Questão 1:

A complexidade do meio afeta o profissional de for-ma direta e indireta, positiva e negativa.

Fatores positivos tais como: capacidade instalada e estrutura física adequadas; perfil favorável do gestor; políticas plenas no processo de trabalho

das equipes e dos próprios gestores; facilidade de comunicação e vínculo entre os componentes da equipe.

Fatores negativos: interferências políticas claras; território com muitos aspectos de riscos e vulnerabilidades; inexistência de processos de educação continuada perenes

Reflexões Questão 2:

Recursos como utilização de potencial máximo de capacidade instalada e recursos humanos e materiais e otimização das cargas horárias profissionais se mostram eficientes sob a ótica da redução dos custos em saúde (avaliação constante da relação custo-benefício das ações implantadas).

Estratégias como investir em treinamentos (capacitação) e atualização dos profissionais ;identificar perfis que tenham capacidade de conduzir e catalisar discussões na rotina do serviço; oferecer atenção humanizada ,com escuta qualificada às equipes ,de forma integral ,acolhendo e analisando conjuntamente as dificuldades e angústias das equipes de forma a motivá-los para o enfrentamento dos problemas ;motivar também sob o ponto de vista profissional, proporcionando possibilidade de lei implantação de plano de cargos e salários.

Reflexões Questão 3:

Através de propostas intersetoriais e interdisciplinares basicamente, é possível promover interação entre as diferentes redes de atenção, de forma que o planejamento das equipes contemple as diferentes áreas de atuação e categorias profissionais.

A interface serviço/academia proporciona maior embasamento dos programas entre si.

É consenso que o planejamento multiprofissional garante resultados mais efetivos, e indicadores de qualidade na atenção mais favoráveis.

SALA 6:

Facilitadores: João, Paulo Roberto e Nídia

Reflexões Questão 1:

O pouco conhecimento dos atores envolvidos acerca das referências, determinam a dificuldade de planejamento e execução das ações. Há também geralmente

pouco comprometimento e envolvimento da equipe para a resolução de situações do cotidiano de trabalho. As interferências políticas e o sub-financiamento da saúde dificultam o atendimento das demandas da população.

Reflexões Questão 2:

Determinar competências dos atores envolvidos para obtenção de resultados.

Motivar e valorizar as equipes através de plano de carreira e salários.

Usar critérios epidemiológicos para o planejamento das redes, direcionando os recursos de acordo com a necessidade.

Qualificar a gestão através de ações de educação permanente.

Estabelecer protocolos de atendimento e referências à serviços de média e alta complexidade.

Reflexões Questão 3:

Estabelecer nível central de gestão para monitoramento das referências e contra - referências baseada em protocolos discutidos e assimilados pelas equipes, considerando as necessidades dos usuários.

ESPAÇO AUTOPOIÉTICO: INTEGRALIDADE: REDES E COMPLEXIDADE

Questões para as reflexões:

Questão 1 - Como tenho desenvolvido a integralidade na perspectiva das redes de atenção e sua complexidade?

Questão 2 - Quais as estratégias necessárias para a efetivação da integralidade na minha prática na complexidade das redes de atenção?

Questão 3 - Que condições favorecem e dificultam a integralidade na organização e gestão das redes de atenção no sentido de ampliar o acesso aos serviços?

SALA 1:

Facilitadores: Claudia Maria Krauss Alves Lima, Maria Teresa Valderrama Carvalho, Odete Sinhoreli Thereziano Trotta

Reflexões Questão 1:

Trabalho em equipe.

Olhar o usuário como um todo

Comunicação entre as diversas categorias profissionais da equipe (médico, enfermeira, auxiliar, técnico de enfermagem, dentista etc.).

Aperfeiçoar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção básica, médio e terciário.

Reflexões Questão 2:

Trabalhar com comprometimento.

Inserir a equipe odontológica numa equipe multiprofissional - olhando o usuário como um todo, capacitando e incentivando todos os membros da equipe.

Conscientizar o usuário da importância de sua saúde e de sua responsabilidade sobre a mesma (educação em saúde).

Apoio da gestão nas três esferas no sentido de desenvolver um trabalho mais resolutivo.

Reuniões de equipe para discussão do processo de trabalho.

Trabalho no modelo das ESF, independentemente do tipo de modelo adotado (ESB).

Adaptar a conduta clínica à realidade e à necessidade do paciente, projeto terapêutico singular.

Integração entre as secretarias municipais (Assistência Social, Educação, Transporte etc).

Reflexões Questão 3:

Dificultadores:

Falta de comunicação, pessoal despreparado para realizar o acolhimento, mal direcionamento dos recursos.

Falta de perfil e comprometimento dos profissionais para o trabalho no SUS.

Falta de comprometimento do usuário com a sua saúde.

Falha nas referências e contra referências desrespeitando os protocolos pré-estabelecidos.

Dois profissionais da mesma categoria atendendo uma mesma população (dois profissionais de 20 h na ESF SB, pode ser mais viável financeiramente para o gestor, mas entendem que o profissional de 40 h promove melhor a integralidade da atenção).

Facilitadores - seria o inverso do exposto nos dificultadores.

RESUMO

Trabalho em equipe integrada

Integração entre as secretarias municipais (Assistência Social, Educação, Transporte etc.).

Comunicação entre profissionais de todas as categorias da equipe.

Comunicação entre os diversos níveis de atenção.

Trabalho em equipe multiprofissional,

Comprometimento do profissional e do usuário com a saúde.

Apoio da gestão nas ações propostas.

Discussão do processo de trabalho das equipes.

Trabalhar no modelo da ESF, voltado para a prevenção e promoção de saúde, independente do modelo adotado pela gestão (profissionais de 20 horas).

Atendimento do usuário como um todo, adaptando o atendimento às suas necessidades de saúde (Projeto terapêutico Singular).

Capacitar as equipes para o acolhimento dos usuários.

SALA 2:

Facilitadores: Leila C.B. Rudnytskyj, Carlos Roberto Tencarte

Reflexões Questão 1:

Tentando ouvir o paciente, suas queixas, dando-lhe um máximo nível de atenção e a partir daí discernir a complexidade em cada caso, buscando uma adequada resolução.

Reflexões Questão 2:

Auxiliar e resolver o máximo dos problemas na rede básica e solicitar o retorno do paciente com a contra referência em casos de complexidade.

Ampliação o diálogo entre a equipe os usuários.

Reflexões Questão 3:

O que dificulta é a falta de motivação e conscientização do usuário para dar continuidade ao tratamento.

O que favorece seria a quantidade de oferta de vagas da atenção secundária e receber as contra referências que auxilia muito no acompanhamento do paciente.

SALA 3:

Facilitadores: Claudio César, Lúcia, Maria Goreti, João, Paulo Roberto e Nídia

Reflexões Questão 1:

Interação de serviços para efetivar o direito a saúde através da estruturação dos níveis de complexidade,

melhorando as estratégias com a partilha de recursos federativos, articulação das ações de serviços preventivos e curativos, confecções de protocolos que incluam os serviços de referência e contra referência.

Reflexões Questão 2:

Contribuição dos ACS e capacitação dos mesmos em todas as áreas, conhecimento adequado dos protocolos de encaminhamento, bem como sua divulgação. Usuário com conhecimento e participação no seu processo saúde doença.

Reflexões Questão 3:

Favorecem: prontuário único, informatização, conhecimento das redes existentes, apoio por parte dos gestores.

Dificultam: falta de estrutura física e tecnológica, falta de recursos humanos e capacitação dos mesmos, gestores desinformados de seus papéis, falta de recursos financeiros, profissionais mal remunerados.

SALA 4:

Facilitadores: Diana Tsuyako Shibuya, Alexandre Lippelt Ribeiro dos Santos e Márcia Cristina Tamia Ferreira

Reflexões gerais:

Discussão:

- Diferenças entre os serviços oferecidos nos diferentes municípios.
- Importância da humanização.

Propostas:

- Realizar a integração entre os serviços.
- Realizar reuniões para discussões e qualificação das equipes, tanto na Unidade tradicional quanto na Saúde da Família.
- Fomentar a implantação de consórcios para compra de serviços.
- Utilizar os indicadores epidemiológicos para adequação das necessidades.

SALA 5:

Facilitadores: Silvia Cristina Sano, Lucia Maria Lima Lemos de Melo, Paulo Eduardo Alves Quaranta

Reflexões Questão 1:

Conhecer, através da educação permanente, os recursos disponibilizados na rede para a correta referência e contra - referência, considerando as necessidades integrais do usuário.

Reflexões Questão 2:

Utilizar a educação permanente como ferramenta de gestão.

Garantir que as dificuldades e necessidades da equipe e do usuário chegue ao conhecimento do gestor.

Conhecer o território de atuação

Implantar Equipes de Saúde Bucal proporcional as Equipes de Saúde da Família

Identificar os pontos de atenção considerando as necessidades dos usuários.

Capacitar a gestão sobre integralidade

Realizar monitoramento e avaliação

Reflexões Questão 3:

Favorecem: Garantir a efetivação das estratégias citadas na questão 2

Dificultam: Ausência dos itens citados na questão 2 Encaminhamentos desnecessários de situações que poderiam ser resolvidas na atenção básica.

Fórum

CLÍNICA GERAL COMO ESTRUTURANTE DAS AÇÕES NOS SERVIÇOS PÚBLICOS (ATENÇÃO BÁSICA)

Palestrantes: Andrea Affonso Barretto Montandon; Elaine Maria Sgaviolli Massucato; Gisele Faria; Elisa Maria Aparecida Giro; Edson Alves de Campos e José Scarso Filho

Coordenador de mesa: Maria Candelária Soares

Relatoria: Silvio Carlos Coelho de Abreu

Profª. Dra. Andrea A. B. Montandon

Expôs a necessidade urgente de capacitação profissional para a abordagem do paciente idoso com a efetivação das políticas públicas estabelecidas para essa faixa etária.

Para o atendimento clínico destacou a anamnese detalhada com o olhar apurado para as condições

específicas envolvidas; comunicação diferenciada, falando pausadamente, com calma, em tom que facilite a audição por parte do idoso cuidando para a minimização de ruídos no ambiente.

Colocou o rompimento da fragmentação do processo de trabalho, a interação da equipe multidisciplinar e o respeito às limitações do paciente como essenciais para o adequado atendimento.

Falou da importância da utilização de instrumento de Avaliação das condições cognitivas (Mini Exame do Estado Mental); das Síndromes Demenciais; dos instrumentos de Avaliação Funcional e, Plano de tratamento.

Finalizou dizendo que em todas as abordagens da equipe multidisciplinar, o mais importante é o estímulo à independência para o cuidado em saúde bucal.

Profa. Dra. Elaine M. S. Massucato

Colocou a importância do diagnóstico precoce do câncer bucal e para isso destaca a necessidade do conhecimento dos padrões de normalidade dos tecidos bucais. Falou das lesões avermelhadas, brancas, nodulares e ulceradas; chama atenção para o aparecimento de casos de câncer de boca em uma população mais jovem com a possibilidade de envolvimento genético para alguns tipos; apresenta casos de lesões em estágios diferentes de evolução; aponta detalhes clínicos em casos de câncer de boca através de casos.

Finalizou com a importância do dentista no diagnóstico precoce do câncer bucal, na prevenção, no acompanhamento pré, trans e pós tratamento oncológico e, reabilitação.

Profa. Dra. Gisele Faria

Abordou o tema Urgências odontológicas na atenção a saúde. Falou sobre a prescrição de medicamentos destacando a resistência bacteriana e desenvolvimento de superbactérias pela prescrição excessiva e inadequada de antibióticos; dos objetivos do uso de antimicrobianos; das indicações e contraindicações do uso de antimicrobianos; das Indicações e contraindicações do uso de anti-inflamatórios.

Na abordagem das urgências odontológicas fala sobre a etiologia e tratamento da pulpíte reversível, pulpíte irreversível, periodontite apical e abscesso dento alveolar agudo.

Profa. Dra. Elisa Maria Aparecida Giro

Abordou o tema “Tratamento odontológico de pessoas com deficiência”. Conceituou a “Deficiência” e falou sobre as limitações dessas pessoas para exercer direitos de cidadania sem discriminações; população mundial e brasileira com algum tipo de deficiência; que no Brasil cerca de 45,5 milhões de pessoas possuem algum tipo de deficiência (Visual, auditiva, motora ou intelectual); competências dos entes federados no cuidado à saúde dessa população; direitos e deveres; Rede de cuidados à pessoa com deficiência criada em 2012 que fala da qualificação das equipes da atenção básica; Fatores que interferem na procura e no atendimento odontológico às pessoas com deficiência; Condições bucais das pessoas com deficiência; Atendimento odontológico ambulatorial e hospitalar; Abordagem dos responsáveis e cuidadores. Finalizou falando sobre as dificuldades no atendimento mostrando as técnicas de abordagem.

Prof. Dr. Edson Alves de Campos

Abordou o tema “Amálgama x resina composta no serviço público”. Iniciou falando sobre o contexto atual na escolha dos materiais e, em seguida, indicações e contraindicações do uso; vantagens e desvantagens do uso de cada material. Finalizou apresentando a evolução dos materiais com as novidades disponíveis no mercado Brasileiro.

Prof. Dr. José Scarso Filho

Abordou o tema “Complicações cirúrgicas em consultório odontológico”. Falou sobre os cuidados no atendimento aos pacientes com comprometimento sistêmico; apresentou um questionário validado (EMRRH - Questionário Histórico de risco médico orientado ao paciente) sobre o levantamento de questões de risco.

Parte V – Resumos dos trabalhos apresentados

Eixo I - Integralidade e Atenção em Saúde: Gestão do Cuidado

A EQUIDADE NA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ODONTOLOGIA: UMA AÇÃO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM VARGINHA-MG

ROCHA, VFB (SMS-Varginha-MG); FURTADO, HB (SMS-Varginha-MG); GONÇALVES GH SMS-Varginha-MG); ROCHA, EMM (SMS-Varginha-MG); RIBEIRO, EM (SMS-Varginha-MG)

Dentre os princípios norteadores da atenção odontológica no âmbito do Sistema Único de Saúde está o da equidade no desenvolvimento das ações. Entretanto, na prática odontológica no âmbito da atenção primária, diversas vezes as equipes se vêem em um processo de trabalho acrítico, consumidas por múltiplas demandas que as impossibilitam de se debruçar sobre atividades de planejamento e avaliação. Estas ações implicam de modo prático na mudança da lógica assistencial, pautada em um modelo centrado em atendimentos individuais curativos e de livre demanda, para uma outra que considere a promoção da saúde e a intervenção sobre determinantes sociais, priorizando grupos com maiores vulnerabilidades e que deste modo requerem uma atenção focada na redução das desigualdades no acesso e combate aos fatores que levam ao maior risco para o adoecimento. Deste modo o presente projeto tem como objetivo ofertar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal a população em situação de rua do município de Varginha, Minas Gerais. Para o desenvolvimento das ações a equipe composta por cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal, propõe uma parceria com o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO-POP). As atividades iniciam-se com rodas de conversa que buscam fazer emergir os mitos e crenças que os indivíduos possuem com relação à sua saúde bucal, bem como

experiências pgressas de adoecimento e dor e as estratégias para melhor enfrentá-las, incentivando o autocuidado e empoderamento, através do reforço positivo a prática de higiene corporal, fornecimento de insumos básicos como sabonete, dentifrício e escova dental. Posteriormente são realizados levantamentos de necessidades com a intenção de identificar e classificar àqueles que requerem tratamento odontológico, de forma a organizar a agenda para assistência de maneira mais equânime, contemplando primeiro aqueles com maior quadro álgico ou com necessidades estéticas que dificultam a reintegração social, como o retorno ao mercado de trabalho. Como resultado destas ações pode se perceber pelos relatos dos participantes que os mesmos se sentiram acolhidos e cuidados pela equipe de profissionais, estabelecendo com estes um relação horizontal que possibilitou maior vínculo e conseqüente melhora no quadro de saúde bucal, com redução do sofrimento por dor, restabelecimento da autoestima pela recuperação do sorriso e reabilitação protética, assim como contribuição no aumento na empregabilidade, com contratação de indivíduos para a área de serviços, como garçom e ajudante de cozinha, atribuída em parte pela melhora na aparência pessoal. Por outro lado, alguns desafios ainda se impõem, sendo necessário o acionamento de outros equipamentos para superá-los, como a questão do uso abusivo e deletério de drogas, ainda bastante presentes nesta população. Conclui-se desta forma que o projeto tem conseguido atingir seus objetivos, sendo extremamente efetivo e indutor de mudanças, sobretudo pelo desenvolvimento integrado de políticas públicas que tem como foco principal cuidar de pessoas, em especial àquelas mais necessitadas, de modo que tenham seus direitos respeitados, independente da condição em que se encontrem.

AS GESTANTES ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS CONHECIMENTOS A RESPEITO DE SAÚDE BUCAL

GOMES FILHO, VV (FOP/UNICAMP); GONDINHO, BVC (FOP/UNICAMP); POSSOBON, RF (FOP/UNICAMP); PEREIRA, AC (FOP/UNICAMP); PROBST, LF (FOP/UNICAMP); GUERRA, LM (FOP/UNICAMP); MENDES, KLC (FOP/UNICAMP) BIGAL, AL (UNIFESP/EPM); VARELA, FRA (UNIFESP/EPM)

Maior atenção à saúde bucal é indispensável durante o período gestacional, em razão de uma variedade de manifestações orais que exigem cuidados odontológicos. Diante relevância dessa relação para a saúde pública, este estudo buscou compreender o conhecimento das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família em relação aos problemas bucais frente à situação geral de saúde, assim como, das alterações bucais durante a gestação. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal e de natureza quali-quantitativa. Os dados foram obtidos por meio de questionário aplicado a todas as gestantes atendidas no mês de janeiro de 2015 por uma equipe da Estratégia Saúde da Família selecionada aleatoriamente do município de Pedro II-PI. A análise quantitativa foi feita baseada nas perguntas fechadas, enquanto que para as questões abertas usou-se a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo com auxílio do programa QualiQuantisoft. Observou-se que as gestantes pesquisadas eram todas adolescentes (n=9) e que 77,78% (n=7) sabem que os problemas bucais refletem na saúde geral. Um total de 88,89% (n=8) afirmam saber que a gravidez pode causar alterações bucais, sendo que dessas, todas (n=8) apontaram o sangramento gengival como alteração bucal oriunda da gravidez. Os discursos das gestantes revelaram que a maioria possui uma concepção teórica adequada sobre os reflexos da saúde bucal na saúde sistêmica, bem como, em relação à influência da gravidez na saúde bucal. Porém, a análise desses discursos demonstra uma reprodução de falas tecnicamente montadas. Assim, percebe-se que as gestantes possuem determinados conhecimentos a respeito da saúde bucal, porém cabe averiguar se está havendo uma troca de informações entre os saberes científico e popular de maneira que, em uma perspectiva de educação popular em saúde, haja a

produção de sentidos para estas usuárias a partir das medidas educativas e preventivas implementadas na Estratégia de Saúde da Família.

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL EM SÃO BERNARDO DO CAMPO – A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE

IZZO, RV; BIAGIONI, FA; OLIVEIRA, RL; RODRIGUES, ROR; MANFREDINI, MA; KANDA, JL; FUENTES, ICP; GIALDI, O (SMS SBC - SP)

O câncer de boca inclui os cânceres de lábio, língua, bochechas, gengivas, palato e assoalho da boca. Ocupa o quinto lugar entre as neoplasias malignas incidentes no homem e o sétimo entre as mulheres no Brasil. O Estado de São Paulo, por sua vez, possui a segunda maior incidência mundial desta doença. Conforme boletim da Pro-Onco (Ministério da Saúde), cerca de 80% dos pacientes que procuram os serviços de diagnóstico e tratamento de CÂNCER BUCAL já se encontram em estágios avançados da doença. Em 2006, o Departamento de Atenção Básica do MS (portaria nº 599/GM) estabeleceu que todo CEO deve realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em Estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal. Em 2009 o CENTRO DE ESPECIALIDADES DE SÃO BERNARDO do Campo passou a oferecer o serviço de Diagnóstico Bucal com ênfase em CÂNCER BUCAL e lesões com potencial de malignização. Em 2009, duas profissionais foram estimuladas a realizar especialização em Estomatologia (lato sensu) e foi oficializado um convênio com a FOSP (Fundação Oncocentro de São Paulo) para a realização de exames anátomo patológicos nas biópsias colhidas no CEO. Sucessivas capacitações em CÂNCER BUCAL e lesões com potencial de malignização foram realizadas com todos os profissionais, além de sensibilização dos ACS, para que em suas visitas diárias auxiliem na busca ativa de novos casos. O município passou a realizar duas campanhas importantes de prevenção e diagnóstico precoce do CÂNCER BUCAL. Em meados de abril, concomitante à campanha de vacinação da influenza, priorizando neste momento os idosos e, em outubro, no Poupatempo, aberta à todos os cidadãos que se interessem em participar do exame bucal, inclusive de outros municípios

vizinhos. Em ambas as campanhas, os casos que merecem uma segunda avaliação são encaminhados para os CEOs, com agenda garantida. Os pacientes com anátomo patológico positivo para CÂNCER BUCAL ou aqueles visualmente comprometidos pela doença são encaminhados para o serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Anchieta, onde é realizado o tratamento, de acordo com as condições do paciente (cirurgia/radio/quimioterapia). Os CEOs também realizam preparo de boca para os pacientes que serão submetidos a radio/quimioterapia, com prioridade, além de prevenir e tratar a mucosite, através de tratamento clínico e laserterapia. Quando necessário, os pacientes são reabilitados proteticamente nos CEOs, com o intuito de restabelecer suas funções, inclusive estéticas, contribuindo com o enfrentamento e a superação da doença. O seguimento dos casos tratados e dos grupos de risco é compartilhado com as Equipes de Saúde Bucal. No decorrer dos anos o município produziu muitos materiais para divulgação dos eventos e educação da população. Concluímos que a rede de atenção ao câncer bucal do município de SBC garante a integralidade do tratamento do paciente oncológico. Esta rede lhe rendeu em 2010 o Prêmio David Capistrano no XXIV COSEMS, sendo que o envolvimento de todos os profissionais com as campanhas é admirável, bem como o dos demais funcionários dos CEOs, responsáveis pelo encaminhamento do material biológico à FOSP, o que denota comprometimento de todos, graças a um trabalho constante de sensibilização da equipe.

PROGRAMA PERMANENTE DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DE LESÕES BUCAIS

AMADOR, MMWJ (PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA - PMI-SP); TEIXEIRA, LCS (PMI-SP); CARDOSO JUNIOR, E (PMI-SP); DIAS NETO, CT (PMI-SP)

O município de Indaiatuba vem se destacando no diagnóstico de lesões bucais com 91 biópsias realizadas no ano de 2015. Dessas, 23 casos foram diagnosticados como carcinoma representando 25,27% dos exames realizados. A maioria dos casos foi diagnosticado como carcinoma epidermóide e apenas um caso foi indiferenciado. Além disso, outras lesões são diagnosticadas e tratadas, destacando-se:

16 hiperplasias fibrosas, 12 fibromas, 10 hiperqueratoses com acantose, 8 mucocelos, 7 processos inflamatórios inespecíficos, 4 queilites actínicas, 1 líquen plano, 1 pênfigo vulgar e 1 lipoma entre outros. Os sítios mais atingidos são: borda lateral de língua, lábio inferior e rebordo alveolar. A maioria dos pacientes diagnosticados com carcinoma são pacientes fumantes, mostrando a forte relação entre a doença e o cigarro. O programa tem como objetivos ampliar a divulgação do serviço de Estomatologia, realizar ações educativas e curativas, capacitar os profissionais da Atenção Básica e reforçar o fluxo entre os serviços. Para isso, propõe estratégias de atuação e parcerias. A importância do diagnóstico precoce também deve ser destacada pois o tratamento se torna menos invasivo e o prognóstico mais favorável em lesões pequenas. O acompanhamento das biópsias realizadas poderá verificar o acesso e a resolutividade das ações curativas. Após um período determinado, será importante fazer um balanço das ações realizadas para observar a evolução das propostas. Incentivar um programa permanente para a detecção, diagnóstico precoce e encaminhamento para tratamento dos pacientes é essencial para aumentar ainda mais a eficiência do município em casos complexos e de prognóstico difícil.

CONSCIENTIZAÇÃO E IMPORTÂNCIA DA ROTINA DE ESTERILIZAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

VISCARDI, RTT (CEFOP/SUS-Araraquara- SP e PM-São Carlos-SP); SANTOS, A (CEFOP/SUS-Araraquara- SP e PM-São Carlos-SP); GIUSTI, JSMG (CEFOP/SUS-Araraquara- SP e PM-São Carlos-SP)

A biossegurança tem como objetivo dar proteção e segurança ao paciente, ao profissional e sua equipe. Medidas essenciais de biossegurança são formas eficazes de redução de risco ocupacional, de infecção cruzada e transmissão de doenças infecciosas. A aplicação dos métodos e os conhecimentos usados para destruir, remover ou excluir microrganismos são fundamentais para realizar adequadamente a prática da odontologia. Considerando-se a importância de se ter um efetivo controle de esterilização e da necessidade do conhecimento do profissional da saúde com relação ao controle de infecção no âmbito

ambulatorial, o principal objetivo deste trabalho foi o desenvolvimento de uma rotina e conscientização dos profissionais com relação à esterilização correta dos materiais de acordo com o controle de esterilização segundo as normas do Ministério da Saúde. Concluiu-se que são de fundamental importância os meios de esterilização, e, portanto, destaca-se trabalhar com materiais esterilizados com qualidade, segurança e também apropriados meios de acondicionamento, redistribuição e manuseio da técnica estéril correta até seu objetivo maior que é a utilização deste sem ocasionar danos ao paciente promovendo assim recuperação rápida do seu estado patológico, evitando a disseminação de microorganismos. Além disso considera-se que o tema Biossegurança e as ações de controle de infecção cruzada tornaram-se mais relevantes na prática diária demandando maiores publicações e discussões; ainda há desconhecimento, por parte dos profissionais, das patologias associadas à contaminação cruzada e é responsabilidade da equipe de saúde a orientação, assepsia e o cumprimento das normas de Biossegurança preconizadas pelos órgãos da vigilância sanitária.

RESTAURAÇÕES ESTÉTICAS E FUNCIONAIS: SOLUÇÕES ALTERNATIVAS

THOMAZ, FN (SMS/CEO); BISTANE, PJ (SMS-RP); SANTOS, GTM (SMS-RP)

O caso a seguir foi realizado no Centro de Especialidades Odontológicas de Ribeirão Preto (CEO), onde é oferecido aos pacientes da rede pública de saúde que obtiveram alta da atenção básica, tratamento odontológico nas especialidades de Endodontia, Dentística, Periodontia e Cirurgia Oral Menor. Tem a finalidade de proporcionar à paciente maior qualidade de vida, restabelecendo a estética e a função de um elemento dental perdido recentemente. A paciente R S G, branca, 42 anos, sexo feminino, foi encaminhada ao CEO-CENTRAL desse município, em fevereiro de 2015, para endodontia dos elementos dentais 45 e 46 e, posteriormente, do 21. Com o contato constante com a paciente, percebi que a ausência do elemento 12, extraído recentemente, a incomodava funcional e esteticamente. Observando alguns fatores como a oclusão favorável, a posição

do canino (13) e a presença de uma restauração de resina na face distopalatina do incisivo central (11) que poderia ser removida, sugeri à paciente que fizéssemos uma prótese adesiva minimamente invasiva, com os recursos que contamos aqui no CEO, até que ela tivesse condições financeiras de se submeter à colocação de um implante nessa região. Foi cortado um pino de fibra de vidro e, tendo marcado a região em que ele tocava nos dentes, foi realizado desgaste em esmalte no canino e removida a restauração do incisivo central. O pino recebeu uma camada de silano e adesivo e foi então cimentado com resina fotopolimerizável. O dente ausente (incisivo lateral-12) foi então reconstruído sobre o pino com as resinas fotopolimerizáveis. A paciente foi orientada sobre o uso de passa-fio para higienização da área e se dirigiu à atenção básica para substituição das restaurações manchadas nos outros elementos anteriores. O SUS pode proporcionar tratamento odontológico integral e de qualidade aos munícipes.

APLICAÇÕES DA OZONIOTERAPIA NA ODONTOLOGIA NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE SÃO CARLOS

AVELLAR, LC (SMS/CEO-São Carlos-SP); SIQUEIRA, M (SMS/CEO-São Carlos-SP); GONÇALVES, D (SMS/CEO-São Carlos-SP); MINATI, AMB (SMS/CEO-São Carlos-SP); DOMENICONI, M (SMS/CEO-São Carlos-SP); HEGG, ECP (SMS/CEO-São Carlos-SP); ROEDEL, B - HU/UFSCAR-São Carlos-SP)

O ozônio (O₃) é uma molécula triatômica composta por três átomos de oxigênio e sua aplicação na medicina e na odontologia foi indicada para o tratamento de 260 patologias diferentes. Amplamente utilizada na odontologia biológica, pode ser aplicada aos tecidos orais nas formas de água ozonizada, óleo ozonizado e gás oxigênio/ozônio. Estudos mostram que a terapia com ozônio tem sido mais benéfica do que as presentes modalidades terapêuticas convencionais que seguem uma aplicação minimamente invasiva e conservadora ao tratamento odontológico. Apresenta um grande potencial para ser inserido na terapia endodôntica, periodontal e cirúrgica, por sua ação antimicrobiana e biocompatibilidade. Além disso, é de grande valia a sua utilização no controle do biofilme da cadeira odontológica. A

ozonioterapia foi utilizada no CEO de São Carlos em um caso de um paciente com osteomielite, por motivo endodôntico, utilizando a água ozonizada e a aplicação do gás ozônio e em um caso de um paciente com bolsa periodontal profunda, utilizando a água ozonizada e o óleo ozonizado. Em ambos os casos foi observada melhora do quadro clínico e regressão das lesões. Em conclusão, a terapia ozonizada deve ser considerada uma proposta efetiva, segura e simples na área odontológica.

Eixo 2 - Educação em Saúde - Promoção, Prevenção e Educação em Saúde

EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA COMO UMA FERRAMENTA DE GESTÃO PARA FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

RODRIGUES, R O R; BIAGIONI, F A; IZZO, R V; OLIVEIRA, R L; MANFREDINI, M A; FUENTES, I C P; GIALDI, O (SMS SBC)

O fortalecimento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família, trata de questões que vão além da estruturação física dos equipamentos de saúde e adequação do RH, pois passam pela discussão da formação acadêmica e de políticas de educação permanente como elementos que fundamentam as práticas do cuidado e ampliam o olhar na qualificação da assistência ofertada. O município de São Bernardo do Campo desenvolveu várias estratégias para incrementar a educação permanente e continuada como uma prática de aprendizagem e estímulo motivacional inserida no trabalho, bem como estimular iniciativas que corroborem no apoio do desenvolvimento de tecnologias leves no processo de trabalho. Em 2009, o município São Bernardo do Campo - SBC trouxe uma experiência inovadora com o projeto “Um Sorriso no Meu Futuro”, onde formou cerca de 75 jovens de baixa renda de 18 a 29 anos para atuar como auxiliar de saúde bucal (ASB). Coordenado pelas Secretarias de Saúde, Desenvolvimento Social e Cidadania e de Educação e Cultura e pela Coordenadoria de Ações para a Juventude (Cajuv) e Fundação Criança. O curso proporcionou aos jovens reais oportunidades de inclusão no mercado de trabalho. Estes jovens tiveram a oportunidade de participar de processos seletivos para função de ASB no próprio município e muitos deles adentraram como trabalhadores do serviço. Para os gestores de diversos segmentos da saúde, foi ofertado um curso de especialização em Gestão de Saúde, com parceria da UNIFESP, onde proporcionou por meio de rodas de conversa, a reflexão crítica para a construção coletiva de estratégias, bem como discussão dos nós críticos na implemen-

tação dos processos de trabalho nos serviços. Para os trabalhadores com nível superior foi ofertado o curso de especialização em Estratégia de Saúde da Família, com apoio da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, onde proporcionou espaço para aprendizagem dentro do contexto do trabalho. Com esse processo educativo observa-se mudanças nas relações da equipe de saúde bucal dentro do contexto da equipe multiprofissional e no cuidado das pessoas. Nos espaços das Unidades Básicas de Saúde, foi garantido as reuniões gerais e por equipe, proporcionando maior comprometimento e sensibilização do trabalhador no desenvolvimento de um cuidado mais qualificado, bem como comprometimento e responsabilização no desempenho de suas tarefas. O fortalecimento do controle social, também é notório nesse processo, onde os trabalhadores e usuários tem oportunidade de contribuir no diagnóstico do processo saúde doença, com fortalecimento da produção do cuidado coletivo. O núcleo da saúde bucal também tem contribuído com a realização de capacitações e discussão, com propostas de ferramentas que aprimorem o olhar do território e planejamento das formas de intervenção, de forma que sua atuação esteja dentro das expectativas na realidade de saúde das famílias. Proporcionando, além da assistência, ações educativas e preventivas e maior acesso. Várias ações têm sido desenvolvidas com diferentes profissionais: dentistas, ASB, TSB e ACS. Outra importante ferramenta que tem sido aprimorada são ações de Matriciamento entre profissionais das UBS e do CEO; o que tem proporcionado encaminhamentos mais qualificados para as especialidades no CEO, com aplicação de critérios de vulnerabilidade e de agravos em saúde. Isto permite a construção de uma rede de cuidado mais resolutiva; onde cada profissional envolvido se sensibiliza e se responsabiliza pela integralidade do cuidado. Outro olhar foi em relação às Auxiliares e Técnicas de Saúde Bucal, onde foi proporcionado, em parceria com o CEFOR -SP, curso de atualização em serviço. O objetivo principal foi em aplicar os conceitos na

prática, e promover reflexões com estudos de casos. Concluímos que o fator primordial para o sucesso na implementação das diretrizes do SUS na sua prática é o trabalhador, e a política de educação permanente tem contribuído fortemente na motivação e no desenvolvimento da criatividade desse ator como protagonista das relações serviço-usuário.

PROMOÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA O TRABALHADOR PÚBLICO

CARVALHO, P. R. S. (Diretor Departamento de Saúde Bucal do Município de Catanduva - SP); MACHADO, F. C. (Cirurgiã-Dentista do CEO de Catanduva)

O projeto “PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL DO TRABALHADOR PÚBLICO” tem como objetivo levar a Saúde Bucal, nos seus diversos aspectos como fonte de uma vida mais saudável através de visitas periódicas à CLÍNICA ODONTOLÓGICA MUNICIPAL a fim de realizar trabalho de prevenção à cárie dentária, doenças periodontais e diagnóstico precoce do câncer bucal. Mais do que isso, o projeto visa CONSCIENTIZAR os trabalhadores municipais da importância da PREVENÇÃO EM SAÚDE como um todo, que se inicia na saúde bucal e deve se estender a todos os seguimentos da saúde, visto que é muito melhor evitar os problemas e ao invés de saná-los depois de instalados. Os Cirurgiões Dentistas, em reuniões semanais nas Unidades de Saúde, apresentaram o projeto PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL DO TRABALHADOR PÚBLICO realizado pelo Departamento de Saúde Bucal do Município de Catanduva e conscientizaram os funcionários destas mesmas Unidades da importância de tratar e prevenir problemas de Saúde Bucal. Puseram-se à disposição para esclarecimentos e tratamentos necessários, assim como convidaram os funcionários para uma sessão de profilaxia e orientação de Higiene Oral - o que foi prontamente aceito por todos. Resultados: 1- Satisfação dos trabalhadores ao receberem os conhecimentos em Prevenção de Saúde Bucal, com o atendimento por parte dos cirurgiões dentistas e o bem-estar que tiveram após as informações e tratamento; 2- Diminuição da ociosidade da agenda dos Cirurgiões - Dentistas dos postos de saúde. Toda vez que um paciente agendado não comparecia em seu horário, um colega de trabalho era convidado

a receber orientação e tratamento odontológico; 3- Diminuição drástica no absenteísmo dos funcionários das Unidades de Saúde por problemas de saúde bucal.

A INCLUSÃO DE PROJETOS EDUCATIVOS EM SAÚDE BUCAL NA FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL: A EXPERIÊNCIA DA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE PÚBLICA “PROF. MAKIGUTI”

SPÍNOLA, RM (ETSP-SP); MARTINS, JS (ETSP-SP)

A Educação em Saúde Bucal, importante ferramenta do campo da Promoção em Saúde Bucal, tem no profissional Técnico em Saúde Bucal (TSB) um importante ator na sua aplicação. Este profissional tem fundamental participação na prevenção das doenças bucais de maior relevância. Neste contexto entende-se que a educação profissional-técnica deve subsidiar o futuro profissional à realização de atividades educativas para grupos populacionais em todas as suas fases, desde o planejamento das ações até a avaliação dos resultados. O presente resumo relata, baseado na proposta pedagógica do curso de formação de Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde Pública “Prof. Makiguti”, vinculada a Prefeitura do Município de São Paulo, as atividades do componente curricular ora denominado “Trabalho de Conclusão de Curso”. As atividades curriculares são realizadas semestralmente totalizando carga-horária de 40 horas dentro da instituição de ensino. Neste caso contemplam-se o planejamento das ações, acompanhamento docente do processo, oficina de produção de recursos pedagógicos com materiais prioritariamente recicláveis e produção de monografia. As atividades práticas, que totalizam 40 horas, são realizadas fora do horário habitual de aula em espaços sociais e com os mais variados públicos-alvo como crianças, adolescentes, adultos, idosos, ofertando as ações em escolas públicas em todos os níveis, organizações não-governamentais, casas de acolhimento de crianças e adolescentes, instituições específicas para portadores de necessidades especiais, instituições para idosos, dentre outras. Todas as atividades são realizadas sob supervisão de um professor Cirurgião-Dentista e iniciadas com autorização prévia por escrito dos participantes ou responsáveis. Na primeira fase os estudantes dos módulos de habilitação profissional

para Técnico em Saúde Bucal, agrupados de acordo com o período, em grupos de no mínimo 4 e no máximo 8 indivíduos, após escolha e visita ao espaço social e reconhecimento do público-alvo, determinam a problemática a ser atingida, planejando ações de abordagem coletiva com ênfase prioritariamente no âmbito educativo. Numa segunda fase prioriza-se a execução das ações (visitas semanais aos espaços sociais) com utilização de recursos como: higiene bucal supervisionada com revelação de biofilme dental, dramatizações, atividades lúdicas, álbum seriado, vídeos, músicas, painel didático, ilustrações, slides, etc. Numa terceira fase objetivam-se: a avaliação qualitativa do trabalho educativo através da coleta de relatos e experiências vivenciadas por todos os atores do processo, bem como análise quantitativa baseada nas respostas de questionário final aplicado nos indivíduos participantes e/ou responsáveis. Estas atividades de conclusão de curso são realizadas a cerca de 10 anos já totalizando cerca de 120 projetos educativos realizados. Estes projetos educativos em saúde bucal têm colaborado na prevenção de doenças bucais como a cárie dentária, periodontopatias, maloclusão e câncer de boca e melhora na auto-percepção sobre a saúde bucal nos indivíduos participantes. Conclui-se pela experiência acumulada, que este trabalho pedagógico oferecido pela Escola Técnica de Saúde Pública, vem sendo fundamental para a formação dos futuros profissionais, que tem vivenciado intensamente a educação em saúde bucal, e os preparados para a vida profissional. Além disso o trabalho tem: potencializado a experiência do trabalho em equipe, proporcionado melhora na autoestima dos estudantes, estimulado a capacidade de planejamento e organização, treinado os estudantes para o trabalho manual e os estimulados no campo da criatividade para a produção de materiais educativos.

DETERMINANTES DE INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS PRECOCE

GOMEZ MS; OLIVEIRA MC, CARRASCOZA KC, POSSOBON RF (FOP/UNICAMP- Piracicaba - SP)

Desde o ano 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a recomendar a promoção do aleitamento materno como a única fonte de alimento para os lactentes até o sexto mês de vida. O desmame

precoce se inicia quando há a introdução de outros tipos de alimentos, e isto pode acarretar prejuízos à saúde, tais como sobrecarga gastrointestinal, ganho de peso ponderal acima do esperado e consequentemente, riscos de obesidade ao longo da vida. O objetivo do trabalho foi identificar as variáveis potencialmente relacionadas à introdução de alimentos antes do sexto mês de vida em crianças que participam de um programa interdisciplinar que incentiva o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês. Para isto, foi realizado um estudo longitudinal, através do acompanhamento clínico de 111 binômios mãe-bebê, durante os primeiros seis meses de vida da criança. Para a avaliação dos fatores associados à introdução precoce de alimentos, efetuou-se uma análise uni variada e regressão logística múltipla. Os binômios mãe-bebê foram divididos em dois grupos, de acordo com o tipo de alimentação recebida, sendo 57 crianças em aleitamento materno exclusivo e 54 crianças em aleitamento materno complementar ou predominante. Com a análise da regressão logística, foi possível identificar que as variáveis do uso de chupeta (OR 4,65; IC95% 1,66-12,99), alto nível socioeconômico (OR 11,46; IC95% 3,09-42,37) e o trabalho materno (OR 2,44; IC95% 0,91-5,62) estão associados à introdução precoce de alimentos antes do sexto mês. Desta maneira foi possível concluir que devem-se criar estratégias para evitar a alimentação complementar precoce, em mães que trabalham, tem índice socioeconômico favorável e que introduziram chupeta nos bebês a fim de prevalecer às práticas de aleitamento materno e favorecer um desenvolvimento infantil adequado.

FATORES ASSOCIADOS AO USO DA CHUPETA POR MÃES PARTICIPANTES DE PROGRAMA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

FURLANETI, DS (UNICAMP/FOP-Piracicaba-SP); CARRASCOZA, KC (UNICAMP/FOP-Piracicaba-SP); GUERRA, LM (UNICAMP/FOP-Piracicaba-SP); POSSOBON, RF (UNICAMP/FOP-Piracicaba-SP)

A sucção não nutritiva ou conhecida também como chupetas são largamente utilizadas em vários países, inclusive no Brasil, onde se constitui um importante hábito cultural^{1,2}. Entretanto, vários estudos têm demonstrado que o seu uso está associado a mais

efeitos deletérios do que benefícios, principalmente na ocorrência de mordida aberta anterior, mordida cruzada, otite e a interrupção do aleitamento materno³. O objetivo do estudo foi avaliar o motivo da introdução da chupeta entre crianças assistidas por um programa interdisciplinar de incentivo ao aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida através um estudo descritivo, exploratório, longitudinal, quantitativo, por meio do acompanhamento de díades mãe-criança participantes de um programa interdisciplinar de incentivo ao aleitamento materno, que esta aderida ao Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP-UNICAMP. Esse estudo envolveu toda população atendida pelo programa, excluindo da análise os seguintes casos: gemelaridade (N=4); criança com fissura lábio-palatina (N=1) e crianças com Síndrome de Down (N=2), sendo amostra final constituída por 120 díades mãe-criança que participaram do programa. O instrumento de coleta de dados foi previamente testado, padronizado e pré-codificado para obter as informações necessárias referentes ao primeiro semestre de vida do lactente. A coleta dos dados foi realizada durante a gestação, quando a mãe participava das palestras educativas, e após o nascimento da criança, durante os encontros no Cepae. O instrumento da coleta de dados tinha informações referentes a dados demográficos, socioeconômicos, condições do pré-natal e conhecimento prévio da amamentação. Em relação à amamentação, observou-se que 98,3% das crianças estavam em AM e 87,5% em AME ao final do primeiro mês de vida. Ao término do sexto mês 92,5% delas permaneciam em AM e 47,5% estavam em AME. Quanto à presença de chupeta, verificou-se que 13,33% das crianças usavam chupeta ao final do primeiro mês de vida e que 23,33% apresentavam este hábito ao término do sexto mês. Entre as crianças que faziam uso de chupeta aos seis meses de vida, foi possível identificar que 57,14% delas iniciaram o uso ainda durante o primeiro mês de vida e o choro da criança foi à justificativa referida por 89,28% das mães para o oferecimento da chupeta aos filhos. Pela análise bivariada, verificou-se que o uso de chupeta ao final do primeiro mês de vida da criança sofreu influência do tipo de aleitamento e do uso de mamadeira. Ao

final do sexto mês, o uso da chupeta foi influenciado pelos seguintes fatores: número de filhos, tipo de aleitamento no momento da alta hospitalar, ocorrência de problema de mama, tipo de aleitamento ao final do sexto mês e o uso da mamadeira. Quanto à prevalência de utilização de chupeta ao final do primeiro mês entre crianças que não estavam em AME no primeiro mês foi 5,44 vezes maior (IC95%: 2,38-12,44) que entre as crianças com AME. A prevalência de utilização de chupetas ao final do sexto mês entre as crianças que não estavam em AME até o sexto mês foi 4,91 vezes maior que no grupo com AME. Além disso, encontrou-se que a prevalência de utilização de chupetas ao final do sexto mês entre as crianças que não estavam em AME no momento da alta hospitalar foi 2,32 vezes maior que entre as crianças que estavam em AME no momento da alta hospitalar. Os dados deste estudo mostraram que o uso da chupeta está associado à ausência de aleitamento materno exclusivo ao final do primeiro mês de vida da criança. Ao final do sexto mês, seu uso está associado à ausência de aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar e à ausência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida. Assim, o uso da chupeta durante os primeiros seis meses de vida, entre crianças assistidas por um programa de promoção à amamentação, está associado à ausência de aleitamento materno exclusivo. Dessa forma, há necessidade de pesquisas futuras referentes ao real motivo da mãe realizar o desmame precoce do seu filho, uma vez que, durante a gestação ela é informada e acompanhada no Cepae da importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do lactente.

EDUCAÇÃO E AUTOCUIDADO CASEIRO EM DISFUNÇÃO TEMPORAMANDIBULAR: ELABORAÇÃO DE UM FOLHETO EDUCATIVO

BALDINI LC, ROCHA CS, MARTINS MSF, NAVARRO G, PIZZOL KEDC, FRANCO-MICHELONI AL (UNIA-RA/Araraquara-SP)

A modalidade terapêutica mais conservadora para o controle da disfunção temporomandibular (DTM) baseia-se na educação e aconselhamento do paciente por meio de autocuidados, exercícios musculares e redução de fatores contribuintes. Essa modalidade

tem boa aceitação, é conservadora e fácil de ser executada em clínicas de cuidado primário e terciário, bem como para a implementação em políticas públicas de saúde. O objetivo desse estudo é apresentar essa modalidade terapêutica de forma simples e objetiva e detalhar a metodologia empregada para a confecção de um folheto educativo, elaborado por alunos do terceiro ano do Curso de Odontologia da UNIARA com o intuito de aplicá-lo na clínica de DTM para o esclarecimento dos pacientes e facilitar a indicação dos autocuidados. No folheto foram descritas a definição de DTM, suas causas principais, como pode ser feito o tratamento e algumas recomendações gerais para uma vida saudável. Na sequência foram apresentadas formas simples de amenizar os sintomas de DTM no dia a dia. Posteriormente, o folheto foi ilustrado com fotos autoexplicativas. Os alunos se reuniram para tirar fotografias explicitando como realizar a aplicação de calor seguido de massagem, demonstrando exercícios de alongamento e de fortalecimento dos músculos da face, exercícios de movimentação de frente para o espelho e propondo técnicas de alongamento e relaxamento dos ombros e pescoço. Pode-se concluir que a divulgação de folhetos desse tipo é importante, por ser uma forma simples capaz de alertar e fornecer bases importantes ao entendimento, tratamento e prevenção da DTM de pacientes e da população de forma geral.

ASSOCIAÇÃO ENTRE O TIPO DE ALEITAMENTO NA ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO E O DESMAME PRECOCE

OLIVEIRA, MC (FOP/UNICAMP-Piracicaba-SP); CRUZ, NACV (FOP/UNICAMP-Piracicaba-SP); GOMEZ, MS (FOP/UNICAMP-Piracicaba-SP); POSSOBON, RF (FOP/UNICAMP)

A amamentação é uma prática milenar com reconhecidos benefícios tanto para a mãe como para o bebê, os quais são ainda melhores quando o aleitamento materno é exclusivo (AME) até o sexto mês de vida da criança. A falta de amamentação durante esse período constitui importante fator de risco para morbidade e mortalidade infantil. Este trabalho foi um estudo transversal retrospectivo com dados coletados do prontuário clínico de 301 crianças

participantes de um programa de incentivo ao aleitamento materno, no período de 2010 a 2013. O presente estudo busca verificar a associação entre o tipo de aleitamento no momento da alta hospitalar do recém-nascido e aos seis meses de idade. Foram considerados os fatores de risco e de proteção ao aleitamento presentes, após a alta da maternidade, tais como: idade dos pais, presença do companheiro, primiparidade ou não, renda familiar, permanência em alojamento conjunto, tempo decorrido do nascimento até o início da amamentação, tempo para a alta hospitalar, tipo de amamentação na alta hospitalar e uso de chupeta. Os resultados mostraram haver associação significativa entre aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar e aos seis meses de idade ($p=0,0205$), permitindo afirmar que é importante que, ao deixar a maternidade, o bebê esteja em amamentação exclusiva, pois dessa forma se terá 2,5 vezes mais chance de manter esta amamentação até os seis meses. Foi possível observar também que um dos fatores relacionados à manutenção da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida é o acompanhamento da díade mãe-criança pelos profissionais da saúde em ambiente hospitalar, após o nascimento. Conclui-se que é essencial a promoção do aleitamento materno pós-parto para a continuação das práticas do AME até o sexto mês de vida do bebê.

ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA, SEDENTARISMO E HÁBITOS PARAFUNCIONAIS EM ADOLESCENTES

NAVARRO G, BARADEL AF, BALDINI LC, PIZZOL KEDC, FRANCO-MICHELONI AL (UNIARA/Araraquara-SP)

O sedentarismo é um grande problema da modernidade e atinge também diretamente o adolescente. Sugere-se que adolescentes menos ativos fisicamente apresentem mais hábitos parafuncionais, assim, objetivamos avaliar a associação entre as horas de atividade física e de sedentarismo com hábitos parafuncionais em adolescentes. A amostra foi composta por 96 adolescentes (56,3% meninas), de 10 a 19 anos (média 13,16 anos, $p=0,178$) da cidade de Araraquara-SP, obtidos a partir de voluntários, pacientes das clínicas de atendimento do Curso de Odontologia

do Centro Universitário de Araraquara - UNIARA e estudantes de escolas públicas e particulares dentro de suas respectivas instituições de ensino. Os indivíduos foram submetidos a um questionário para a identificação da prática de atividade física de acordo com o instrumento adotado na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE- 2012), obtendo-se somatórios de dias de exercício (perguntas #1,4,6), horas de exercício (#2,5,7) e horas de atividades sedentárias (#10). Os somatórios foram agrupados em categorias para facilitar as análises. Os hábitos parafuncionais (roer unha, mascar chiclete, morder objetos, morder lábios/bochechas, apoiar o queixo, apertamento diurno e bruxismo) foram rastreados por meio de autorrelato. Os escores de respostas (não, nunca - 0; sim às vezes - 1; sim sempre - 2) foram somados atribuindo um valor final. As análises estatísticas (teste Kruskal-Wallis) demonstraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao escore de hábitos parafuncionais considerando os dias de exercício ($p=0,802$), as horas de exercício ($p=0,932$) ou horas de atividades sedentárias ($0,665$). Conclui-se que não foi demonstrada associação entre hábitos parafuncionais, atividade física e sedentarismo na amostra avaliada.

A RESPONSABILIDADE DOS PAIS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERUEL, GP (UNESP-FOA); GARBIN, CAS (UNESP-FOA); GARBIN, AJI (UNESP-FOA); ARCIERI, RM (UNESP-FOA); ROVIDA, TAS (UNESP-FOA); SOARES, GB (UNESP-FOA)

A saúde é essencial para o desenvolvimento da criança e os pais têm papel fundamental neste processo, sendo de suma importância a integração entre eles com os profissionais da saúde e da educação. Diante disso, o ambiente familiar vai auxiliar na continuidade do aprendizado da criança para obtenção de hábitos bucais saudáveis. Objetivou-se avaliar a responsabilidade dos pais em relação à saúde bucal dos seus filhos. Trata-se de um estudo quantitativo transversal e analítico. Participaram do estudo 142 pais ou responsáveis. Para coleta de dados foram utilizados instrumentos com questões para avaliar a atitude dos pais em relação à saúde bucal dos pré-escolares de uma Instituição Pública

de Educação. Os dados foram analisados no software SPSS considerado um nível de significância de 0,05. Obteve-se aprovação pelo comitê de ética em pesquisa. Os resultados nos mostram que do total de 142 pais, 60,5% era do gênero feminino e tinham entre 20 a 29 anos (40,1%). Quanto ao grau de instrução, 43,5% estudaram até o ensino médio completo. Dos entrevistados, 68,7% trabalhavam, porém a maioria apresentava uma renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (51%) e havia 23 pais desempregados ou que nunca trabalharam. Quanto à conduta, 70,1% são responsáveis pela saúde e auxilia na higienização bucal dos seus filhos, 97,3% com a escova dental e 93,2% com o creme dental, mas apenas 40,8% passam o fio dental nas crianças e 10,9% ainda utilizam o palito de dente. Segundo a escovação após as refeições, apenas 14,3% dos pais a realizam. De acordo com a higienização feita após a amamentação ou uso de mamadeiras, 46,1% dos pais não a realizam. A maioria, 64,6% declarou que já levou a criança ao Cirurgião Dentista, destas 74,7% por motivo de prevenção e rotina. Conclui-se que há pontos falhos nas condutas dos pais em relação a saúde bucal dos seus filhos. Muitos ainda não utilizam o fio dental ou fazem o uso de palito de dente para higienização e não realizam a escovação após todas as refeições e amamentação.

ALEITAMENTO MATERNO E DESMAME PRECOCE: UM ESTUDO SOBRE A INTENÇÃO DAS MÃES

PARANHOS, PM (UNICAMP/FOP-Piracicaba-SP); CARRASCOZA, KC (UNICAMP/FOP-Piracicaba-SP); GUERRA, LM (UNICAMP/FOP-Piracicaba-SP); POSSOBON, RF (UNICAMP/FOP-Piracicaba-SP)

Embora haja amplo conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mãe e da criança, os índices ainda são inferiores aos preconizados pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Pesquisas recentes sugerem que conhecer as expectativas das gestantes em relação ao aleitamento materno pode nortear o planejamento de condutas específicas e, portanto, potencialmente mais eficientes no que se refere à prevenção do desmame precoce. Um estudo conduzido no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) na

Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Unicamp investigou a intenção e a decisão de 141 mães em relação à amamentação. Os dados foram coletados, por meio de questionário, no Programa de Orientação à Gestante (POG) e após a participação das gestantes no Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME), que é coordenado por um psicólogo e desenvolvido por equipe multidisciplinar (cirurgiões-dentistas, nutricionistas, fonoaudiólogos, enfermeiros e psicólogos). Os resultados mostraram que as mães que relataram ter a intenção de manter o bebê em aleitamento por um período superior a seis meses apresentaram uma maior prevalência de aleitamento materno exclusivo do que as mães que pretendiam amamentar por menos de seis meses. Observou-se também que entre as mães que pretendiam amamentar por menos de seis meses, 74,5% já estavam oferecendo outro tipo de alimento além do leite materno, enquanto que 52,2% das que pretendiam amamentar por mais de seis meses já estavam oferecendo outro tipo de alimento além do leite materno. Os dados encontrados neste estudo mostraram uma relação positiva entre a intenção da mãe em amamentar por mais tempo e a permanência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança. Ressalta-se a importância das orientações fornecidas ainda no período gestacional, sendo um estímulo para a permanência da amamentação. A tardia aquisição de informações pode indicar um grupo de risco em relação à introdução precoce de alimentos, permitindo uma atuação preventiva do profissional de saúde para garantir a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

AUTOPERCEPÇÃO DE ALUNOS DO SEGUNDO ANO DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIARA FRENTE ÀS ATIVIDADES PROPOSTAS NA DISCIPLINA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

MARTINS MSF; DOMINGOS PAS; FELICIO CM; FRANCO-MICHELONI AL (UNIARA/Araraquara-SP)

Diante da eminente necessidade de preparar alunos da graduação para o atendimento clínico em diversos setores da saúde coletiva, os cursos de graduação propõem disciplinas de Estágio Supervisionado. Assim, o objetivo desse estudo é descrever a auto-

percepção da Disciplina de Estágio Supervisionado II pelos alunos do segundo ano do Curso de Odontologia da UNIARA. Um total de 19 alunos respondeu um questionário autoavaliativo sobre as atividades da disciplina, realizadas com idosos do Recanto Feliz - cidade de Araraquara, no ano de 2014. A maioria dos alunos considerou as atividades válidas para a sua formação na área odontológica (n=11, 57,9%) e compatíveis com seu nível de formação no momento (n=12, 63,2%). A maioria considerou que todos os seguintes aspectos de sua formação foram favorecidos: entendimento sobre o papel social da odontologia, aumento do conteúdo teórico-prático e identificação de carências e dificuldades que a população idosa enfrenta em relação à saúde oral (n=10, 52,6%). Ainda, foi questionado se houve algum sentimento que tais visitas despertaram e a maioria disse que sim (n=13, 68,4%), sendo descritos “pré-profissionalismo”, “amor ao próximo”, “indignação”, “solidariedade”, “humildade” e “motivação”. Quando questionados se achavam adequado a UNIARA oferecer estágios supervisionados em locais como o Recanto Feliz e se sentiam-se estimulados a participar dessas atividades, a grande maioria respondeu que considera adequado e se sente estimulada (respectivamente, n=16, 84,2% e n=14, 73,7%). Por fim, os alunos foram questionados se as atividades aguçaram o interesse dos mesmos por alguma especialidade odontológica, sendo que poucos alunos (n=7, 36,8%) respondeu que sim. As especialidades citadas por eles foram geriatria, prótese e implante. Conclui-se que a disciplina de Estágio II é uma disciplina importante na grade curricular do curso de Odontologia, estimulando e desenvolvendo os alunos em um momento inicial do aprendizado na carreira odontológica.

Eixo 3 - Epidemiologia em Saúde Bucal e Vigilância à Saúde no SUS

ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES PADRÃO PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO SERVIÇO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA-SP

ARAÚJO TB (UNESP-FOA); MARTINS RJ (UNESP-FOA); KATO MD (UNESP-FOA); GARBIN AJI (UNESP-FOA); GARBIN CAS (UNESP-FOA)

Os profissionais da área da saúde bucal estão expostos ao risco biológico por manusearem frequentemente materiais perfurocortantes contaminados com sangue e fluidos corpóreos de pacientes. Tais indivíduos são considerados possíveis fontes de transmissão de patógenos; entre eles: HIV e hepatites B e C. Diante desse fato, esforços têm sido dirigidos para incentivar a adoção de medidas preventivas, denominadas precauções padrão (PP). O objetivo deste trabalho foi analisar o conhecimento sobre precauções padrão, bem como a adesão entre os profissionais da equipe de saúde bucal da rede pública de Araçatuba-SP; além do conhecimento das condutas em caso de acidentes com material biológico e aspectos relativos à prevenção de infecções. Também observar o conteúdo e as condições do recipiente de descarte de materiais perfurocortantes. Aplicou-se um questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas direcionadas ao tema e uma ficha específica para coleta de dados relativos aos recipientes de descarte. Dos participantes, 44 (73%) eram do sexo feminino e 22 (37%) possuíam entre 20 e 30 anos de profissão. 38 (63%) afirmaram que existia protocolo a ser seguido em caso de exposição ocupacional a material biológico no local de trabalho, 34 (57%) não sabiam o que eram precauções padrão e 49 (86%) não receberam treinamento na unidade odontológica em que trabalham. 27 (45%) já sofreram acidente com material perfurocortante e 43 (72%) afirmaram reencapar agulhas, com a justificativa de não deixar a agulha exposta na bancada caso tenha que complementar a anestesia (53%). 44 (73%) desconheciam ou estavam equivocados sobre quais os cuidados imediatos em exposição cutânea

ou percutânea. Observou-se que 42 (70%) dos pesquisados não tinham conhecimento sobre a existência de medidas de redução dos riscos de transmissão do vírus da hepatite C pós-exposição. Em relação a localização do recipiente de descarte das 21 unidades visitadas, 13 (52%) estavam longe do responsável pelo descarte, que na maioria das vezes era o auxiliar (93%). A análise de conteúdo do recipiente mostrou que 3.792 (73%) das agulhas estavam reencapadas, sendo 2.841 (75%) reencapadas em um lado e 951 (25%) em ambos os lados. Os resultados mostram que existe falha no conhecimento e na adesão das precauções padrão e condutas em casos de acidentes com material biológico. Diante disso, vale salientar a importância de que sejam realizadas palestras educativas para atualização do conhecimento em relação as medidas preventivas de acidentes com material biológico e incentivo por parte da instituição para a adoção dessas medidas.

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DOMICILIAR DE SAÚDE BUCAL EM JOVENS, ADULTOS E IDOSOS

MONTANS, JAF (SMS-Rib.Preto-SP); ALMEIDA, EJ(SMS-Rib.Preto-SP); BOTELHO, AC(SMS-Rib.Preto-SP); MELO, TEO(SMS-Rib.Preto-SP); SOUSA, RA(SMS-Rib.Preto-SP); RAMOS, MR(SMS-Rib.Preto-SP); DIAS,GG(SMS-Rib.Preto-SP); SANDRIN,VLM(SMS-Rib.Preto-SP); WATANABE, MGC(FORP-USP)

A pesquisa abaixo descrita é decorrente de solicitação da Secretaria do Estado da Saúde, a qual pretende criar banco de dados da condição da saúde bucal nos municípios do Estado, alinhada à necessidade do município de Ribeirão Preto, em atualizar os dados epidemiológicos referentes à saúde bucal da população local. A partir do conhecimento do plano amostral, a coordenação local desenvolveu a organização e logística para o trabalho de campo, definição de apoios e parcerias para a realização das visitas domiciliares, calibração dos profissionais, realização dos exames bucais e aplicação do ques-

tionário socioeconômico, compilação e apuração dos dados. Ficou definida como sendo a melhor forma de operacionalização da atividade de campo, a atuação de quatro equipes. Cada equipe foi composta por um dentista, um agente odontológico e um agente de controle de endemias. De posse dos setores censitários sorteados, suas respectivas quadras e população adstrita, definiu-se que as quatro equipes atuariam no mesmo setor censitário, percorrendo as quadras em “L”, facilitando a logística, aumentando a segurança dos profissionais e a adesão da população. A calibração dos agentes de controle de endemias, para a aplicação do questionário sócio-econômico, se deu no dia 21/01/2015 e calibração teórica e prática dos cirurgiões-dentistas e agentes odontológicos foi realizada nos dias 26 e 27/01/2015. As visitas domiciliares foram iniciadas no dia 28/01/2015, com a busca ativa pelos grupos demográficos especificados pela pesquisa. No decorrer das visitas, verificou-se a necessidade de voltar às residências em horários alternativos ao horário de trabalho dos profissionais, definindo-se sábado e visitas até às 19 horas para que se atingisse a amostra definida no projeto. O trabalho foi encerrado no dia 09/02/2015, realizado em espaço de tempo significativamente inferior ao esperado, decorrente da excelente sintonia entre os profissionais e total comprometimento e disponibilidade das equipes, na busca da conclusão do trabalho com eficiência e efetividade. Foram examinadas 180 pessoas, entre as quais 60 jovens, 67 adultos e 53 idosos. Os primeiros apresentaram média de 4,3 dentes com experiência de cárie, entre os quais 28% estavam cariados, 4,6% haviam sido extraídos e 67,4% estavam restaurados. Entre os dentes examinados nesse grupo etário, 94,3% não apresentavam necessidade de tratamento e os demais necessitavam de restaurações (73,0%), próteses unitárias (4,2%), tratamento pulpar (3,1%), extração (2,1%) e medidas de prevenção e controle (17,7%). Além disso, 43,3% não apresentavam sinais de doença periodontal e apenas 6,7% possuíam bolsas rasas. Entre os adultos, foram observados 4,9 dentes perdidos, em média. Nesse grupo etário, apenas uma pessoa era desdentada total, porém 31,3% e 50,7% necessitavam de próteses parciais superiores e inferiores, respectivamente. Em relação aos idosos, o número médio de dentes perdidos foi

alto (19,6), sendo que 67,9% usavam prótese total superior e 35,8% inferior. Quanto à necessidade de prótese total, 28,3% necessitavam desse tipo de prótese na arcada inferior e 17% em ambas as arcadas. Os objetivos da pesquisa foram alcançados em sua totalidade. Após a compilação dos dados levantados, uma demanda atualizada das necessidades de saúde bucal do município de Ribeirão Preto será sugerida, possibilitando planejamentos de ações melhor direcionadas aos agravos identificados. A atividade também possibilitou o esclarecimento de dúvidas sobre saúde bucal, assim como informar a população sobre a porta de entrada do serviço público odontológico (UBS, UBDS), as parcerias e interfaces com outros serviços públicos e privados que o município mantém, além do encaminhamento dos casos mais graves encontrados no campo para as unidades de saúde de referência.

ANÁLISE ESPACIAL DA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE EM POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES, ADULTOS E IDOSOS DO ESTADO DE SÃO PAULO: DADOS DO SB SP 2015

PROBST, LF (FOP/UNICAMP); FONSECA, EP (FOP/UNICAMP); CAVALCANTE, DFB (FOP/UNICAMP); GOMES FILHO, VV (FOP/UNICAMP); GONDINHO, BVC (FOP/UNICAMP); GUERRA, LM (FOP/UNICAMP); FRIAS, AC (FO/USP); PEREIRA, AC (FOP/UNICAMP)

A cárie permanece sendo o principal agravo em saúde bucal pública, impactando negativamente indivíduos e comunidades, pois causa dor e sofrimento, compromete a função mastigatória, a alimentação e ainda reduz a qualidade de vida. Diante do exposto, este estudo objetivou estimar a prevalência e a gravidade da cárie dentária em coroa, para a população de 15 a 19, 35 a 44 e, 65 anos utilizando uma análise espacial de sua distribuição no estado de São Paulo. Os dados da Pesquisa Estadual de Saúde Bucal - SB SP - realizada em 2015 subsidiaram a presente pesquisa. Para o cruzamento dos dados das médias do CPOD por Diretoria Regional de Saúde (DRS) com a base cartográfica digital foi realizada a operação de agregação dos municípios por DRS e a ligação entre as duas bases foi efetuada por um código comum ou “chave primária”, no software TerraView® (Versão

4.2.1). A distribuição da média CPOD para a população adolescente foi pior para a DRS 8 (Franca), enquanto as DRS 4 (Baixada Santista), 7 (Campinas) e 14 (São João da Boa Vista) apresentaram as menores médias. Para a população adulta as DRS 4 (Baixada Santista) e 12 (Registro) apresentaram as menores médias CPOD. Em contrapartida, as DRS 8 (Franca), 13 (Ribeirão Preto) e 16 (Sorocaba) mostraram os piores resultados. Em relação à população idosa a DRS 4 (Baixada Santista) apresentou menor média e a DRS 9 (Marília) a maior média CPOD para esta população. As diferenças nas médias dos CPOD entre as DRS e entre as populações estudadas demonstram a necessidade de planejamento de ações de saúde bucal locorregionais diferentes para o enfrentamento do grave quadro exposto, uma vez que sua distribuição espacial é heterogênea, com concentração dos casos em determinadas regiões para todas as faixas etárias estudadas.

VIGIFLUOR-SP: ZELANDO PELA SAÚDE DOS PAULISTAS

MANFREDINI, MA (CROSP), MYIAKE, CY (CROSP), CURY, JA (FOP-UNICAMP), NARVAI, PC (FSP-USP), FRAZAO, P (FSP-USP), ZILBOVICIUS, C (FOUSP)

O Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CR OSP), o Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (CECOL/USP) e o Laboratório de Bioquímica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp (FOP/UNICAMP) desenvolveram projeto interinstitucional no Estado de São Paulo para analisar o índice de fluoretação da água nos 645 municípios paulistas, em 2014 e 2015. Denominado de Vigifluor-SP, tratou-se do mais amplo levantamento já realizado no mundo, face ao número de municípios envolvidos e de coletas realizadas. O CROSP participou disponibilizando cerca de 50 fiscais que, criteriosamente, identificaram, em quase um ano de trabalho, as localidades, suas fontes de abastecimentos e os pontos de coleta de materiais. O CECOL foi responsável pela metodologia empregada e a UNICAMP pelas análises laboratoriais, sendo seu laboratório referência na área. Entre 2014 e 2015, o estudo verificou as águas de mais de 98% dos 645 municípios paulistas, que abrange 44 milhões de habitantes, e concluiu

que 30% das águas estão com níveis inadequados de flúor. Se considerado o padrão adotado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), balizado pela resolução SS-250/95, as concentrações em uma faixa de 0,6 a 0,8 são tidas como apropriadas. Na análise, pelo padrão SS-250, 71,5% das amostras de água estão adequadas, 14,5% estão abaixo da concentração recomendada e 14% estão acima. A classificação do teor do flúor na água pode adotar os parâmetros de “benefício” ou “risco”, eis que esse teor pode beneficiar a prevenção da cárie e/ou representar risco de ocorrência de fluorose, conforme referencial do CECOL/USP. Quando as águas com concentração abaixo do ótimo são analisadas por este referencial em termos de benefício/risco, 4,9% foram classificadas como mínimo/baixo e 9,2% como insignificante/insignificante. Logo, 9,2% das amostras de água não conferem proteção à cárie, quer seja para crianças como para adultos. Por outro lado, quando as amostras com teor de flúor acima do nível recomendado são analisadas em termos do binômio benefício/risco, 11,9% delas foram classificadas como máximo/moderada, 1,8% como questionável/alto e 1,1% como malefício/muito alto. Assim, 1,1% das amostras de água são consideradas de alto risco em termos de provocar fluorose dental esteticamente comprometedora se ingeridas regularmente por crianças durante a formação dos dentes. Nesse 1,1% de amostras de águas foram encontradas concentrações de íon flúor acima de 1,5 ppm, o valor máximo permitido (VMP) pelo Ministério da Saúde (MS). O resultado dos trabalhos foi encaminhado ao MS, SES, Tribunal de Contas do Estado, Conselho Regional de Química de SP, Conselho Regional de Medicina de SP, Prefeituras Municipais, Ministério Público Estadual, com ampla divulgação na mídia, visando a orientação da população. Além disto, o CROSP, o CECOL/USP e a FOP/UNICAMP divulgaram por diversos meios à população informações relevantes sobre a importância da fluoretação das águas, dados que foram amplamente tratados na mídia, em nível nacional, estadual e municipal, por meio de rádio, televisão, internet, jornais e periódicos. Os resultados alcançados foram publicados nos diversos meios de comunicação e o Poder Público, Executivo e Legislativo, em especial as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde e órgãos de

proteção da população foram instados a fiscalizar as irregularidades e adotar medidas cabíveis para as regularizações em prol da saúde da população.

RESOLUTIVIDADE DA CAMPANHA DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL DE 2010 A 2014 NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO, SP

VOI, PLD (SMS-Ribeirão Preto- SP; UNAERP-Ribeirão Preto- SP); LACERDA, AS (FORP-USP-RIBEIRÃO PRETO-SP); RESTINI, CBA (UNAERP-RIBEIRÃO PRETO- SP)

No Brasil, o câncer de boca representa grave problema de saúde pública. Segundo o INCA (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER-MS) em 2016, ocorrerão 15.490 novos casos, dos quais 11.140 em homens. A vinculação da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal com a campanha nacional de vacinação do idoso contra a gripe é altamente relevante, pois visa assegurar contato entre cirurgião-dentista e a população com faixa etária de maior incidência de câncer bucal. No município de Ribeirão Preto (SP) esta atividade tem sido desenvolvida desde 2010. Durante a campanha, cirurgiões dentistas promovem o exame visual da cavidade oral bem como exame físico de palpação ganglionar da cabeça e pescoço com a finalidade de identificar lesões suspeitas de câncer. Contudo os dados gerados, nunca foram analisados no sentido de investigar a resolatividade da campanha. Neste sentido o objetivo desta pesquisa foi avaliar o potencial das campanhas em diminuir a incidência de lesões pré-malignas e casos novos de câncer bucal. Por meio de estudo observacional descritivo foram levantados dados de usuários de saúde acima de 40 anos, ambos os sexos, os quais participaram das campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do Câncer bucal de 2010 a 2014, cujos registros estavam armazenados no Banco de dados da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Ribeirão Preto, CAEDO (Centro de Atendimento Especializado em Diagnóstico Oral), CEO (Centro de especialidades Odontológicas) e UNAERP (Universidade Ribeirão Preto). Foram avaliadas as variáveis: idade, gênero, tipo de lesão bucal e pacientes faltosos. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (816.685). Após coletados, os dados foram analisados por Regressão Linear Sim-

ples, Teste de Comparação de Duas Proporções, Teste de Correlação e Quiquadrado. Foram consideradas estatisticamente diferentes as comparações que apresentarem valor de $p < 0,05$ (IC_{95}). Os resultados obtidos ao longo de 5 anos das campanhas (2010 a 2014) indicam que, do total de 155.182 pacientes vacinados nos primeiros 15 dias da campanha de vacinação contra a gripe em idosos, 37% foram examinados por cirurgiões dentistas em todas unidades de saúde na Cidade de Ribeirão Preto. Dentre todos pacientes examinados, 1,94% apresentaram alguma lesão em tecidos bucais e foram encaminhados aos serviços de diagnóstico especializados. Foi observado elevado índice de faltas entre os pacientes encaminhados para elucidação diagnóstica (44%), porém a SMS identificou o problema e tentou saná-lo a partir de 2014 por busca ativa. Foram diagnosticadas 2,89% lesões malignas, 9,15% lesões pré-malignas e 62,92% lesões benignas, ou seja, a somatória de todas essas lesões indica 74,96% de resolatividade, pois todas as lesões malignas foram encaminhadas para tratamento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, todas as lesões pré-malignas foram removidas ou são seguidas no CEO, CAEDO e UNAERP e todas as lesões benignas foram tratadas e quando verificada a necessidade de próteses e/ou atenção básica, os pacientes foram encaminhados para o posto de saúde de sua abrangência para o devido tratamento. Os dados nos permitem inferir que a efetividade das campanhas foi positiva, pois não houve aumento das lesões malignas e pré-malignas ao longo do tempo e a população das campanhas se manteve proporcional estatisticamente em todos os anos.

RELAÇÃO ENTRE O RISCO À CÁRIE E O CONSUMO DE AÇÚCAR EM ESCOLARES

RAMOS, CJ (ICT-SJC/UNESP); TENGAN, C (ICT-SJC/UNESP; FUNVIC); FEITOSA, FA (ICT-SJC/UNESP); NICODEMOS, D (ICT-SJC/UNESP); BAUDUCCI, I (ICT-SJC/UNESP); TEIXEIRA, SC (ICT-SJC/UNESP)

Em março de 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) disponibilizou diretrizes de conduta para nortear o consumo de açúcar por adultos e crianças. Recomenda -se restrição do consumo de açúcar extrínseco para menos de 10%, a fim de reduzir o risco de sobrepeso, obesidade e cárie dentária. Atualmente,

compreende-se a cárie dentária como um desequilíbrio no processo saúde-doença, o qual representa importante componente social e comportamental e está fortemente associado às práticas alimentares. O objetivo deste trabalho, descritivo-exploratório, foi correlacionar as práticas alimentares e o risco de cárie em crianças de 2 a 6 anos de idade. Após a obtenção dos termos de consentimento, 189 crianças foram examinadas de acordo com os códigos e critérios preconizados pela OMS, onde examinou-se cárie dentária por meio do ceo-d. Posteriormente aplicou-se um questionário de dieta aos responsáveis e classificou-se as crianças de acordo com o risco individual preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Nos questionários enviados aos responsáveis verificou-se a presença de hábito de amamentação natural ou artificial, bem como ingestão de alimentos líquidos e sólidos. Analisou-se o tipo de alimento e a frequência de utilização do mesmo. Os resultados demonstraram que das 189 crianças analisadas, 92 eram do gênero feminino e 102 do gênero masculino; em relação à idade 70 crianças de 5 anos, 94 de 4 anos e 15 de 3 anos. Em relação ao risco de cárie, notou-se que 117 eram baixo risco (A), 35 risco moderado (B e C) e 37 alto risco a cárie (D, E e F). Dentre as práticas alimentares notou-se maior ingestão de líquidos açucarados (sucos artificiais adoçados, bebidas a base de cola e leites com aditivos adoçados, bem como de alimentos sólidos adoçados (bolachas recheadas, balas e pirulitos), ingestão essa com frequência maior que 7 vezes/diária e iniciada antes dos 2 anos de idade. Nas crianças analisadas, pode-se concluir a correlação positiva entre o risco alto de cárie e ingestão de dieta com alto consumo de açúcares, sendo um importante dado para nortear as orientações com relação à dieta, dentro e fora do ambiente escolar.

RELAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÕES DE RISCO, UTILIZADAS PARA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DE SÃO PAULO

PERES NETO, J (SMS - Ubirajara - SP); SOUSA, MLR (FOP/ UNICAMP); MENDES, KLC (FOP/ UNICAMP)

O acesso às ações em saúde bucal pelos usuários é um problema a ser enfrentado, pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), principalmente devido à relação das doenças bucais e condições socioeconômicas desfavore-

ráveis. O SUS legalmente preconiza o uso da equidade como forma de dirimir as iniquidades provocadas por estas condições sociais adversas. Sabendo-se que, um grande problema das ESB, ainda em implantação no Brasil, se refere à demanda desordenada, que continua suprimindo a demanda organizada dentro das Unidades de Saúde da Família (USF), torna-se evidente a necessidade de ferramentas que possibilitem organizar e priorizar as ações dentro do processo de trabalho. O objetivo deste estudo transversal exploratório, realizado em 2015, foi avaliar a associação entre ferramentas que classificam o risco individual e familiar, utilizadas pelo serviço público odontológico, visando à melhoria da assistência. Participaram do estudo escolares das faixas etárias de 5-6 anos e 11-12 anos e seus pais. Foram utilizadas ferramentas para as classificações de risco individuais para cárie e doença periodontal, propostas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, mais a classificação de risco familiar, proposta por Coelho & Savassi em um município de pequeno porte de São Paulo. Os escolares foram classificados para cárie, enquanto os pais para doença periodontal e ambos para o risco familiar, utilizando-se o coeficiente de contingência C (Coef C) para as análises estatísticas. Houve associação entre as classificações de risco, tanto para cárie (Coef C = 0,34 e p = 0,01), como doença periodontal (Coef C = 0,55 e p = 0,03) com o risco familiar, indicando que quanto maior o risco familiar há tendência de maior risco de cárie e doença periodontal. Desta forma, a utilização da ferramenta de classificação de risco familiar está indicada, como possibilidade de ser ordenadora das ações do serviço odontológico, nesta porta de entrada, organizando a demanda com maior equidade no acesso.

QUALIDADE DE VIDA E ADEÇÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

BULGARELI, JV (FOP-UNICAMP); GUERRA, LM (FOP-UNICAMP); CORTELLAZZI, KL (FOP-UNICAMP); AMBROSANO, GM (FOP-UNICAMP); FREDDO, S (FOP-UNICAMP); PROBST, LF (FOP-UNICAMP); BRIZON, V (FOP-UNICAMP); PEREIRA, AC (FOP-UNICAMP)

É importante conhecer os fatores que interferem na adesão ao tratamento odontológico e seu impacto

na qualidade de vida do adolescente, cujas necessidades odontológicas são tão expressivas, ao mesmo tempo em que as mudanças comportamentais e as diferenças sociais são consideradas influentes. O objetivo foi avaliar a influência da adesão ao tratamento odontológico na qualidade de vida e no impacto das atividades diárias em adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade social. Trata-se de um estudo analítico longitudinal em adolescentes de 15 a 19 anos pertencentes à área de abrangência das 34 unidades da saúde da família do município de Piracicaba, São Paulo, no período de 2014 e 2015. A amostra foi constituída de 476 adolescentes encaminhados para tratamento de cárie e/ou doença periodontal nas unidades de saúde (fase inicial). Após 18 meses, foram reavaliados 325 indivíduos para investigar se estes realizaram o tratamento odontológico (fase final). Destes, 164 aderiram e 161 não aderiram. Os dados foram analisados por meio de modelos lineares generalizados (PROC GENMOD do programa SAS). A variável de resposta analisada foi o WHOQOL e o OIDP da fase final. As variáveis independentes analisadas foram o sexo, idade, adesão, coesão familiar, adaptabilidade familiar, o WHOQOL e OIDP na fase inicial. Os domínios físico ($p < 0,0001$), social ($p = 0,0003$), meio ambiente ($p < 0,0001$) e psicológico ($p < 0,0001$) coletados na fase inicial tiveram relação positiva com estes mesmos domínios avaliados na fase final, evidenciando que a qualidade de vida melhorou nos dois tempos estudados, mesmo naqueles que não aderiram ao tratamento odontológico. Apenas a variável WHOQOL da fase inicial esteve associada com o WHOQOL da fase inicial evidenciando uma relação positiva entre as duas variáveis ($p = 0,0341$). Houve um maior impacto das atividades diárias nos participantes que não aderiram ao tratamento odontológico e, conseqüentemente, piora na qualidade de vida. Concluiu-se que a adesão ao tratamento odontológico influenciou na qualidade de vida oral dos adolescentes. Este achado corrobora o fato de que a saúde bucal é parte inseparável do todo, determinante e importante na qualidade de vida das pessoas. Agradecimento à FAPESP processo N^o: 2013/17340-9.

AVALIAÇÃO ENTRE UM ÍNDICE DE CÁRIE (CPO-D) E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) EM POPULAÇÃO ADULTA

PEREIRA, ALP (IIRS - HIAE - SMSSP); PEDROSO, PFG (IIRS - HIAE - SMSSP); RODRIGUES, SN (IIRS - HIAE - SMSSP); RAMOS, DVR (IIRS - HIAE - SMSSP); ROCHA, A (IIRS - HIAE - SMSSP); FRIAS, AC (FOUSP)

Objetivo: avaliar a relação entre o Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) com o Índice de massa corporal (IMC). **Método:** estudo transversal e de base populacional, desenvolvido em uma Unidade de Saúde da cidade de São Paulo - Brasil em 2015. Os participantes responderam a um formulário, contendo questões sócio demográficas, socioeconômicas, nutricionais, de saúde geral e de saúde bucal. Foi realizada avaliação antropométrica e bucal. Foi testada a associação do CPO-D e seus componentes com IMC contínuo e categorizado através de análise logística simples e múltipla, teste de tendência e correlação de Spearman. **Resultados:** A amostra foi formada por 239 indivíduos, de 18 a 70 anos de idade. Observamos prevalência de cárie de 84,5%, CPO-D médio de 14,64 e IMC médio de 27,46. Houve associação positiva para CPO-D com IMC e outras variáveis, tais como: idade, gênero, escolaridade, hipertensão, diabetes e uso de fio dental. Também encontramos associação positiva entre IMC e dentes perdidos, mas não com dentes cariados e obturados. **Conclusão:** Observamos correlação entre o CPO-D e dentes perdidos com IMC. Isto pode subsidiar a identificação de grupos de risco, o planejamento de ações e o tratamento de indivíduos com sobrepeso e obesos.

IMPACTO DA FLUOROSE DENTÁRIA EM INCISIVOS SUPERIORES NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS EM ESCOLAS PÚBLICAS.

GONÇALES, MG (FOB/USP-Bauru-SP); ARAÚJO GL (FOB/USP-Bauru-SP); VELASCO SRM(FOB/USP-Bauru-SP); SANTOS PSS (FOB/USP-Bauru-SP); BASTOS JRM (FOB/USP-Bauru-SP); BASTOS RS (FOB/USP-Bauru-SP).

A fluorose dentária é um distúrbio de formação do esmalte causado pela ingestão excessiva de fluoretos em período de tempo prolongado. Ao mesmo tempo em que a atual popularização do uso de flúor no Brasil significou reduções importantes nos índices de cárie dentária, começou a causar preocupação o número expressivo de crianças afetadas pela fluo-

rose dentária a partir da última década do século passado. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi analisar o impacto estético dos incisivos superiores na qualidade de vida de escolares de 10 anos. O estudo transversal foi aprovado do ponto de vista ético (Plataforma Brasil CAAE 37046714.1.0000.5417) e realizado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais ou responsáveis e após a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido pelas crianças. Contou com exames epidemiológicos para fluorose, com auxílio de espelho bucal plano número 5, em ambiente com luz natural, utilizando o índice de Dean e instrumento Child Perception Questionnaire. Participaram 87 escolares e a fluorose foi prevalente em 6,34% nos incisivos laterais e 6,90% nos centrais. Houve impacto das condições de saúde bucal relacionada à qualidade de vida, no entanto a maioria das dimensões observadas no instrumento CPQ₈₋₁₀ não apresentou correlação com a fluorose dentária nos incisivos superiores das crianças de 10 anos, exceto “dor ao se alimentar” (-0,24, p<0,05) e “dificuldade para morder” (-0,24, p<0,05) de forma inversamente proporcional. Portanto, não foi observado impacto negativo da fluorose em incisivos superiores.

CAPACIDADE FUNCIONAL E SAÚDE BUCAL RELACIONADA À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BAURU

FOGER, D (FOB/USP-Bauru-SP); SÁ, LM (FOB/USP-Bauru-SP); VELASCO, SM (FOB/USP-Bauru-SP); BASTOS, RS (FOB/USP-Bauru-SP)

É de extrema importância estudar a relação entre capacidade funcional e saúde bucal relacionado à qualidade de vida, para auxiliar nos fatores intervenientes tanto no cuidado odontológico como em outras áreas de atenção à saúde do idoso, além de adequar planos de tratamento as reais necessidades de cada indivíduo, proporcionando melhor qualidade de vida. O objetivo desse estudo foi investigar a capacidade funcional e saúde bucal relacionada à qualidade de vida do idoso. Foram incluídos na pesquisa idosos acima de 65 anos que residem em área de cobertura da Estratégia Saúde da Família do município de Bauru. Foram investigadas, através de entrevistas, as variáveis capacidade funcional (Índice de Katz) e saúde

bucal relacionada à qualidade de vida (OHIP-14). Foram excluídos da pesquisa idosos que apresentavam alterações de compreensão e expressão da comunicação. Todas as variáveis foram submetidas ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, realizaram-se os testes qui-quadrado para verificar associação entre a variável saúde bucal relacionada à qualidade de vida em relação à capacidade funcional e Mann-Whitney para verificar a diferença entre as médias do instrumento Katz em relação ao instrumento OHIP 14. Por fim, realizou-se uma análise linear multivariável tendo como variável dependente a capacidade funcional. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%. Participaram do estudo 238 idosos, com idade acima de 65 anos, sendo que a idade média dessa população foi de 74,5 anos. Quanto a variável capacidade funcional, 8,8% apresentaram incapacidade funcional intermediária ou severa. Quanto a saúde bucal relacionada à qualidade de vida, 20,6% dos entrevistados se sentem desconfortáveis para mastigar alguns tipos de alimentos. A análise multivariada mostrou uma relação estatisticamente significativa entre a capacidade funcional e as dimensões “dificuldade para mastigar” e “necessidade de parar refeições” do instrumento OHIP 14. Concluímos, com o presente estudo que a incapacidade funcional apresentou tendência de maior impacto negativo na saúde bucal relacionada a qualidade de vida dificultando a realização de refeições, observou-se também que quanto maior a incapacidade menor é a preocupação do idoso com a saúde bucal. Agradecimentos ao CNPQ (Projeto Universal 2013-2016) pelo auxílio para o desenvolvimento dessa pesquisa, a Prefeitura Municipal de Bauru e a Secretaria Municipal de Saúde.

SAÚDE BUCAL RELACIONADA A QUALIDADE DE VIDA E COMORBIDADES DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BAURU/SP

AIELLO, CM (FOB/USP-Bauru-SP); MAREGA, LF (FOB/USP-Bauru-SP); SÁ, LM (FOB/USP-Bauru-SP); VELASCO, SRM (FOB/USP-Bauru-SP); WILLIAMS NMF (FOB/USP-Bauru-SP); FOGER, D (FOB/USP-Bauru-SP) BASTOS, RS (FOB/USP-Bauru-SP)

As comorbidades podem comprometer a autonomia, o que leva a sérios riscos para a saúde da população idosa, favorecendo o aparecimento de incapacidades

e assim diminuindo a longevidade. Apesar da longevidade estar presentes nos dias atuais, os riscos de desenvolver doenças crônicas como hipertensão e diabetes aumenta com a idade, a literatura mostra que as maiores prevalências de percepção ruim sobre saúde bucal relacionada à qualidade de vida foram encontradas entre indivíduos que apresentam problemas graves de saúde geral. Dessa maneira, o objetivo dessa pesquisa foi avaliar a associação entre saúde bucal relacionada a qualidade de vida e comorbidades. Foram incluídos na pesquisa idosos acima de 65 anos que residem em área de cobertura da Estratégia Saúde da Família do município de Bauru. Foram investigadas através de entrevistas as variáveis saúde bucal relacionada à qualidade de vida (OHIP-14) e comorbidades autorrelatadas pelos participantes. Todas as variáveis foram submetidas ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, em seguida, realizou-se o teste de Pearson para verificar possíveis correlações entre as duas variáveis estudadas. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%. Participaram do estudo 238 idosos, a idade média foi de 74,5 anos, dentre as comorbidades relatadas pelos participantes, a hipertensão arterial e a diabetes obtiveram destaque sendo encontradas em 75,6% e 31,5% respectivamente. Considerando a correlação entre as variáveis saúde bucal relacionada à qualidade de vida e comorbidades, O teste de Pearson mostrou que idosos diabéticos apresentaram maior dificuldade para relaxar devido a problemas dentários (0,13;0,05), além da necessidade de interromper suas refeições pelo mesmo motivo (0,13;0,05). Os idosos com doenças cardíacas apresentaram maior prevalência de dor na boca (0,15;0,05) e dificuldades para mastigar (0,22;0,05) e os com hipercolesterolemia (0,13;0,05) e depressão (0,18;0,05) apresentaram-se tensos devido a problemas dentários. Pôde-se concluir que idosos diabéticos, com doenças cardíacas com hipercolesterolemia e com depressão, apresentam maior impacto negativo na saúde bucal relacionada à qualidade de vida. Agradecimentos ao CNPQ (Projeto Universal 2013-2016) pelo auxílio para o desenvolvimento dessa pesquisa, a Prefeitura Municipal de Bauru e a Secretaria Municipal de Saúde.

ASSOCIAÇÃO DOS DEFEITOS DE ESMALTE COM CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS

PINTO DS; VELASCO SRM; SÁ LM; FOGER D; BASTOS RS. (Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia De Bauru - Universidade De São Paulo).

A cárie dentária é considerada uma importante doença que ainda afeta as crianças e jovens e permanece um grande problema da saúde pública. A diminuição dos valores do índice de cárie CPOD por sua vez pode ser explicada através da fluoretação das águas de abastecimento público, dentifrícios fluoretados e o desenvolvimento dos programas de atenção à saúde bucal. O objetivo deste estudo foi observar a associação do defeito de esmalte com a cárie dentária. Foram examinados escolares de 13 escolas estaduais e municipais de Bauru totalizando 350 crianças. Foram observados defeitos de esmalte nos incisivos superiores e inferiores bem como nos molares usando o Índice de Defeitos de Desenvolvimento do Esmalte (DDE). Em relação ao índice CPOD, foram examinados todos os dentes. Os dados obtidos foram submetidos a análise de normalidade por meio do teste Kolmogorov-Smirnov, análise descritiva e teste Qui-Quadrado, sendo adotado nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A prevalência de DDE foi de 22,29% ($n=78$), sendo que o mais comum tipo de DDE foi a opacidade delimitada (20,57%) seguida pela opacidade difusa (0,57%) e hipoplasia (2%). O CPOD foi de 0,92 (1,32), Care Index ou índice de cuidado dos escolares foi de 30%, o SiC foi de 2,46 enquanto 57% das crianças eram livres de cárie. A cárie foi significativamente associada com DDE ($p < 0,04$), opacidade delimitada ($p < 0,02$) e opacidade ($p < 0,01$). Conclui-se que houve associação dos defeitos de esmalte no desenvolvimento da cárie. Sugerimos intervenções em escolas públicas e a conscientização dos pais em relação à saúde bucal das famílias e a alimentação. O planejamento de políticas de saúde deve visar essa população como um todo e não apenas indivíduos em risco.

PERDAS DENTÁRIAS, USO E NECESSIDADE DE PRÓTESES E A FRAGILIDADE EM IDOSOS DE BAURU, EM 2015

VELASCO, SRM (FOB/USP); SÁ, LM (FOB/USP); FOGER, D (FOB/USP); BASTOS RS (FOB/USP)

A condição de saúde bucal nos idosos é indispensável para o envelhecimento saudável e uma boa

qualidade de vida. O edentulismo aceito como um fenômeno comum dessa faixa da população é um dos problemas bucais prevalentes. O objetivo deste estudo foi observar a prevalência de perda dentária e uso ou necessidade de prótese e fragilidade em idosos. Participaram da pesquisa voluntários com idade a partir de 65 anos residentes em território de abrangência das Unidades de Saúde da Família. Foi avaliada o uso e a necessidade de prótese dentária de cada participante e o índice CPOD para dentes perdidos por cárie ou outras razões. Para avaliação da fragilidade foi utilizado o instrumento Edmonton Frail Scale (EFS). Esta escala foi validada e adaptada culturalmente para o português no Brasil. Foi utilizado teste de Pearson, considerando o nível de significância de 0,05. A prevalência de fragilidade entre os idosos foi de 31,51% (n=75). Em relação ao número de dentes, 61,76% dos idosos eram totalmente desdentados e 28,15% dos idosos não possuíam o número mínimo para dentição funcional, ou seja, pelo menos vinte dentes. A fragilidade esteve inversamente relacionada com o número de dentes, sendo que 38,09% dos idosos edêntulos e 20,89% dos idosos com vinte dentes presentes apresentaram fragilidade. Predominou o uso de prótese superior (73,94%) e o não uso da prótese inferior (54,20%). Dos idosos que necessitam de prótese dentária, 58,82% para prótese superior (0,13; $p < 0,05$) e 69,32% para prótese inferior (0,24; $p < 0,05$), ambas as necessidades estiveram correlacionadas com a fragilidade. Neste estudo, verificamos correlação entre a quantidade de número de dentes e uso de prótese presentes do indivíduo idoso e sua relação com o nível de fragilidade.

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E SUA ASSOCIAÇÃO COM A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM ADOLESCENTES

BARADEL AF, BALDINI LC, NAVARRO G, PIZZOL KEDC, FRANCO-MICHELONI AL (UNIARA/Araraquara-SP)

Diante da crescente incidência das disfunções temporomandibulares (DTM) e da preocupação frente ao problema no cenário público, propomos estudar a associação da DTM com aspectos socioeconômicos em adolescentes. A amostra foi composta por

96 adolescentes (56,3% meninas), de 10 a 19 anos (média 13,16 anos, $p = 0,178$) da cidade de Araraquara-SP, obtidos a partir de voluntários, pacientes das clínicas de atendimento do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Araraquara - UNIARA e estudantes de escolas públicas e particulares dentro de suas respectivas instituições de ensino. O Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP) foi utilizado como ferramenta para a identificação da classe social familiar do adolescente, sendo encontradas as seguintes prevalências: 19,8% (n=19) classes E/D/C, 54,2% (n=52) classe B e 26% (n=25) classe A. Para análise da DTM, o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) foi aplicado, sendo que 21 adolescentes (21,9%) apresentaram disfunções musculares, 26 (27,1%) deslocamentos do disco e 5 (5,2%) outras condições articulares, dos quais 22 (22,9%) apresentaram diagnósticos dolorosos. As análises estatísticas (teste do qui-quadrado) demonstraram que não houve associação positiva entre a presença e tipos de DTM com a classificação econômica familiar (respectivamente $p = 0,658$; $0,717$; $0,945$; $0,866$) e nem com o tipo de escola (pública ou particular) que o adolescente frequenta (respectivamente $p = 0,414$; $0,241$; $0,357$; $0,492$). Conclui-se que os aspectos socioeconômicos estudados não se associaram significativamente à presença de DTM.

ANÁLISE DO TEOR DE FLÚOR DAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO PÚBLICO DE 40 MUNICÍPIOS DO NOROESTE PAULISTA NO ANO DE 2015

SANTOS LFP (FOA-UNESP); MOIMAZ SAS (FOA-UNESP); SALIBA O (FOA-UNESP)

O monitoramento dos teores do íon flúor nas águas de abastecimento público é indispensável para o benefício máximo na prevenção da cárie dentária e risco mínimo no desenvolvimento de fluorose dentária. O objetivo neste estudo foi analisar as concentrações de flúor nas águas de abastecimento público de 40 municípios do noroeste paulista pertencentes ao DRS-II, no ano de 2015. Foram estabelecidos pontos de coleta em cada cidade de acordo com a quantidade e localização de suas fontes de abastecimento. Mensalmente as amostras foram coletadas e posteriormente enviadas à Faculdade de

Odontologia de Araçatuba (FOA-Unesp), onde foram realizadas, em duplicata, as análises laboratoriais, utilizando-se um analisador de íons acoplado a um eletrodo específico para leitura de flúor. Foram analisadas 2107 amostras de água e dessas, 1293 estavam dentro dos padrões recomendados em relação ao máximo benefício e risco mínimo. Observou-se também que 92 amostras possuíam valores maiores que 1,14 miligramas de flúor por litro de água (mgF/L), estando na classificação de benefício questionável e alto risco, segundo o CECOL (Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal). Com relação às médias de cada município, a maior e a menor encontradas foram, respectivamente, 0,99 mgF/L e 0,24 mgF/L. O presente estudo constatou que 61,37% das amostras analisadas em 2015 estavam dentro dos valores que configuram o máximo benefício na prevenção de cárie e risco mínimo no desenvolvimento de fluorose.

SAÚDE BUCAL RELACIONADA A QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BAURU/SP

MAREGA, LF (FOB/USP-Bauru-SP); AIELLO, CM; SÁ, LM (FOB/USP-Bauru-SP); VELASCO, SRM (FOB/USP-Bauru-SP); WILLIAMS, NMF (FOB/USP-Bauru-SP); FOGER, D (FOB/USP-Bauru-SP); BASTOS, RS (FOB/USP-Bauru-SP)

A saúde bucal é um componente indispensável para a qualidade de vida dos indivíduos, pois afeta seu desenvolvimento mental, físico, psicológico e social ou seja, afeta também sua saúde geral. Existem associações entre condições socioeconômicas e status de saúde, mostrando que indivíduos residentes em área de exclusão social e expostos a fatores de risco apresentam piores indicadores de saúde. Dessa maneira, o objetivo desse estudo foi avaliar a associação entre saúde bucal relacionada a qualidade de vida e condições socioeconômicas. Foram incluídos na pesquisa idosos acima de 64 anos que residem em área de cobertura da Estratégia Saúde da Família do município de Bauru. Foram investigadas através de entrevistas as variáveis saúde bucal relacionada à qualidade de vida (OHIP-14) e condições socioeconômicas. Foram excluídos da pesquisa idosos que apre-

sentavam alterações de compreensão e expressão da comunicação. Todas as variáveis foram submetidas ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, realizaram-se os testes qui-quadrado para verificar associação entre as variáveis socioeconômicas em relação a saúde bucal relacionada à qualidade de vida, em seguida foi feito o teste de Pearson para verificar possíveis correlações entre as duas variáveis estudadas. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%. Participaram do estudo 238 idosos, a idade média foi de 74,5 anos, houve predominância do sexo feminino (55,5%) e da raça branca (65,1%), 61,3% tinham renda mensal de até dois salários mínimos, 88,2% eram aposentados e 57,1% mantinham união estável. Quanto a saúde bucal relacionada à qualidade de vida, 20,6% sentem desconforto ao mastigar. O teste de Pearson mostrou que houve correlação inversamente proporcional entre a idade e a preocupação (-0,17;0,05) e tensão (-0,16;0,05), dificuldade em relaxar (-0,19;0,05) e sentir-se envergonhado (-0,16;0,05) em razão dos problemas dentários, sendo que quanto mais novo o idoso maiores as ocorrências dessas questões. Considerando o sexo, as mulheres idosas apresentaram maiores dificuldade durante a mastigação (0,14;0,05). Os indivíduos casados (0,22;0,05) e aposentados (0,16;0,05) apresentaram também maior dificuldade na mastigação. Pôde-se concluir através do presente estudo que idosos mais jovens, casados e aposentados apresentaram maior impacto negativo na saúde bucal relacionada à qualidade de vida. Agradecimentos ao CNPQ (Projeto Universal 2013-2016) pelo auxílio para o desenvolvimento dessa pesquisa, a Prefeitura Municipal de Bauru e a Secretaria Municipal de Saúde.

ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM ADOLESCENTES

BALDINI LC, BARADEL AF, NAVARRO G, PIZZOL KEDC, FRANCO-MICHELONI AL. (UNIARA/Araraquara-SP)

Diante crescente incidência das disfunções temporomandibulares (DTM) e da multifatorialidade dessa condição, esse estudo objetivou estudar a presença e as características de DTM na adolescência e sua

associação com fatores psicossomáticos. A amostra foi composta por 96 adolescentes (56,3% meninas), de 10 a 19 anos (média 13,16 anos, $p=0,178$) da cidade de Araraquara-SP, obtidos a partir de voluntários, pacientes das clínicas de atendimento do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Araraquara - UNIARA e estudantes de escolas públicas e particulares dentro de suas respectivas instituições de ensino. Para análise da DTM, o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) foi aplicado. Os aspectos psicossomáticos foram rastreados por meio de um questionário de autorrelato (sim/não) sobre ansiedade, tristeza, irritação, presença de dores extrafaciais e dificuldade de concentração/atenção. Segundo o RDC/TMD, 22 (22,9%) apresentaram diagnósticos associados à presença de dor (DTM dolorosa). As análises estatísticas (teste do qui-quadrado) demonstraram que não houve associação positiva entre a presença de DTM dolorosa e a maioria dos aspectos psicossomáticos avaliados (respectivamente $p= 0,865$; $0,814$; $0,316$; $0,554$) exceto para dificuldade de concentração/atenção ($p= 0,047$). Conclui-se que, dentre os aspectos psicossomáticos estudados, apenas o fator dificuldade de concentração/atenção associou-se significativamente à presença de DTM dolorosa.

ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA E O CONHECIMENTO DAS PRECAUÇÕES PADRÃO E CONDUTAS FRENTE A ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

KATO MD (UNESP - FOA); MARTINS RJ (UNESP - FOA); ARAÚJO TB (UNESP - FOA); GARBIN AJI (UNESP - FOA), GARBIN CAS (UNESP - FOA)

As Precauções Padrão (PP) são recomendações propostas pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention) com a finalidade de minimizar ou impedir o risco de transmissão de patógenos pelo contato de pele não íntegra ou mucosa com sangue ou outros fluidos corpóreos. Dentre as PP podemos citar o uso de EPIS; entretanto essa medida não protege de injúrias por materiais perfurocortantes, principalmente agulhas. O reencape de agulhas e a manipulação sem auxílio de pinças, não é recomendado pelas PP, além de vetadas pela NR 32 (Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Com a finalidade de

verificar o conhecimento das PP, condutas de risco e medidas pós-exposição, aplicou-se um questionário semiestruturado contendo questões relacionadas ao tema aos acadêmicos dos últimos anos dos períodos noturno e integral da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP). Analisou-se também a localização dos recipientes de descarte de perfurocortantes nas clínicas da universidade e seu conteúdo, a fim de quantificar as agulhas reencapadas. Participaram 91 acadêmicos de odontologia, dentre os quais 80 (87%) afirmaram existir um protocolo em caso de acidente e 82 (90%) disseram ter recebido orientações a respeito; entretanto, 49 (54%) desconheciam o que eram as PP, 52 (68%) negaram ter recebido treinamento a respeito, 31 (34%) já sofreram acidente com material biológico e 74 (81%) afirmaram reencapar agulhas; dos quais 15 (16%) com ambas as mãos e 58 (64%) com apenas uma mão. 65 (71%) justificaram essa conduta para não deixar a agulha exposta na bancada e 27 (31%) para não correr risco de sofrer acidentes no transporte até o recipiente de descarte. Quando questionados a respeito de condutas pós-acidente, 10 (11%) afirmaram não ter solicitado exames sorológicos ao paciente fonte, 62 (68%) não sabiam quais os cuidados imediatos pós exposição e 57 (63%) como agir caso ocorra um acidente e o indivíduo não seja imune a hepatite B. Com relação à localização do recipiente de descarte de perfurocortantes, apesar de padronizada, mostrou-se não ser a ideal, visto que o responsável pelo descarte, seja auxiliar ou operador, necessita se deslocar para realizá-lo. Durante a análise do conteúdo, contabilizou-se 7.327 agulhas, onde 3.740 (49%) estavam reencapadas, das quais 1032 (29%) em ambos os lados e 2.555 (71%) em um lado. Conclui-se que há alto percentual de acidentes com material biológico entre os acadêmicos, déficit no conhecimento das condutas pós exposição e baixa adesão de medidas preventivas, que podem estar relacionados à insuficiência de treinamento adequado, apesar de tratar-se de uma instituição formadora.

Eixo 4 - Temas Livres: Experiências Inovadoras em Serviços – RH

EQUIPE ODONTOLÓGICA E AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS. UMA PARCERIA DE SUCESSO

MONTANS, JAF (SMS-Rib.Preto-SP); ALMEIDA, EJ (SMS-Rib.Preto-SP); BOTELHO, AC (SMS-Rib.Preto-SP); MELO, TEO (SMS-Rib.Preto-SP); SOUSA, RA (SMS-Rib.Preto-SP); RAMOS, MR (SMS-Rib.Preto-SP); DIAS, GG (SMS-Rib.Preto-SP); SANDRIN, VLM (SMS-Rib.Preto-SP); WATANABE, MGC (FORP-USP)

Em 2014 houve uma solicitação da Secretaria do Estado da Saúde, a qual pretendia criar banco de dados da condição da saúde bucal nos municípios do Estado. Havia, também, a necessidade do município de Ribeirão Preto de atualizar os dados epidemiológicos referentes à saúde bucal da população local. Nesse processo, seriam realizados exames bucais em domicílios, o que suscitou a participação da Divisão Epidemiológica e Divisão de Controle de Vetores junto à Divisão Odontológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), no sentido de qualificar a implementação das visitas domiciliares para a realização dos exames. Houve um processo de aproximação entre os departamentos e divisões envolvidos, que culminou com a indicação da participação dos Agentes de Combate de Endemias, pois a pesquisa seria realizada em domicílios, prática diária para essa categoria profissional e pouco vivida por profissionais da área odontológica. Os Agentes de Combate de Endemias foram definidos, no número de quatro, para que compusessem, cada um deles, uma das equipes odontológicas. Foi marcada capacitação específica para os Agentes de Combate de Endemias, onde o projeto foi apresentado. Nesse momento solicitamos a manifestação de todos, para que sugerissem o modo de atuação durante as visitas domiciliares e também a definição de papéis entre todos os envolvidos. Ficou definido que as quatro equipes atuariam no mesmo setor censitário, caminhando em L, facilitando a logística e o transporte dos profissionais, garantindo maior segurança e maior adesão da população. O questionário socioeconômico, o qual compõe a coleta de dados direcionada às condições de saúde bucal, seria aplicado pelos Agentes de Combate

de Endemias, logo após o exame bucal realizado pela equipe odontológica. As visitas domiciliares foram iniciadas no dia 28/01/2015, com a busca ativa pelos grupos demográficos especificados pela pesquisa. No decorrer das visitas, verificou-se a necessidade de voltar às residências em horários alternativos ao horário de trabalho dos profissionais, definindo-se sábados e visitas até às 19 horas para que se atingisse a amostra definida no projeto. O trabalho foi encerrado no dia 09/02/2015, realizado em espaço de tempo significativamente inferior ao esperado, decorrente da excelente sintonia entre os profissionais e total comprometimento e disponibilidade das equipes, na busca da conclusão do trabalho com eficiência e efetividade. No período, foram realizados 180 exames bucais, sendo 60 na faixa etária de 15 a 19 anos, 67 exames em adultos de 35 a 44 anos e 53 exames em idosos a partir de 65 anos de idade. A participação dos Agentes de Combate de Endemias permitiu significativa segurança para as equipes odontológicas desenvolverem a abordagem domiciliar e facilitou a aplicação do questionário socioeconômico. As orientações de saúde bucal realizadas pelas equipes odontológicas foram relatadas pelos Agentes de Combate de Endemias como de grande valia na composição de novos conhecimentos e saberes, passando a ser mais um aspecto observado em suas visitas domiciliares. A abertura participativa e deliberativa entre a coordenação e as diferentes categorias profissionais foi prática importante e constante durante todo o processo, possibilitando comprometimento e prazer na realização do trabalho. Os objetivos da pesquisa foram alcançados em sua totalidade. O completo entrosamento entre as equipes foi fundamental para atingir eficientemente as metas em excelente espaço de tempo. Essa ação pode ser tomada como um experimento de sucesso, o qual pode servir de alerta a outras possíveis ações, para que parcerias entre diferentes categorias profissionais sejam lembradas como possíveis formas de atuação, facilitando e otimizando o serviço a ser realizado, mediante a utilização de conhecimentos e saberes particulares de cada área e que se complementam.

Eixo 5 - Integração Ensino-Serviço-Comunidade

ATUAÇÃO DA ODONTOLOGIA EM CONDOMÍNIO DE IDOSOS: PREVENÇÃO DAS DOENÇAS BUCAIS

MELO, PBG (UNIARA); FELÍCIO, CM (UNIARA); RICCI, HA (UNIARA); DOMINGOS, PAS (UNIARA)

O objetivo do presente estudo foi oferecer ao aluno de Odontologia a experiência de trabalhar com humanismo e acolhimento ao atender e conhecer a realidade de uma comunidade com condições de vida bastante peculiar. O estudo foi desenvolvido pelos acadêmicos do 2º ano do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário de Araraquara - UNIARA no condomínio de idosos RECANTO FELIZ, situado no município de Araraquara - SP. Para isso, foram realizadas entrevistas guiadas por questionários sobre aspectos gerais, saúde geral e saúde bucal. Foi observado que o condomínio conta com 33 casas, onde 2 são adaptadas para deficientes. O local possui também um centro de eventos, onde são realizadas reuniões e festas para os moradores. Os residentes são autônomos e conseguem realizar atividades do dia-a-dia sem ajuda de outros. As atividades desenvolvidas foram: - Escovação supervisionada, por meio da correção da técnica de escovação e uso do fio dental; - Bochecho assistido com enxaguatório bucal (digluconato de clorexidina a 0,12%); - Exame clínico bucal (condição bucal e da prótese dentária); - Apresentação de palestras cujos temas foram higiene bucal e das próteses; Manifestações bucais relacionadas ao envelhecimento; prevenção do câncer bucal. No contato com os idosos, foi observado excelente desempenho dos estudantes do curso de Odontologia nas atividades sociais de promoção de saúde, demonstrando grande empenho e disposição para atuar em eventos que envolvam a população em geral e atividades extramuros como forma de ensino/aprendizagem, o que colabora com a construção do conhecimento dos acadêmicos e, por outro lado, com a motivação do idoso na busca pela qualidade de vida.

EXTRAMUROS E CTNE: UM NOVO CENÁRIO DE PRÁTICA

TENGAN, C (ICT-SJC/UNESP; FUNVIC); RAMOS, CJ (ICT-SJC/UNESP); FEITOSA, FA (ICT-SJC/UNESP); NICODEMOS, D (ICT-SJC/UNESP); BAUDUCCI, I (ICT-SJC/UNESP); TEIXEIRA, SC (ICT-SJC/UNESP)

A extensão universitária deve ser vista como uma relação de mão-dupla, onde há a aproximação entre a academia e a sociedade, por meio da elaboração de práticas acadêmicas de acordo com as necessidades específicas da sociedade, o que é de suma importância para a formação profissional. O objetivo deste trabalho foi descrever o projeto desenvolvido entre a Disciplina de Extramuros do curso de Odontologia do ICT- Unesp, campus de São José dos Campos juntamente com adictos moradores de rua, em processo de recuperação na Comunidade Terapêutica Nova Esperança (CTNE) no ano de 2015. Este projeto permitiu a atuação dos alunos do último ano, dentro e fora das instalações físicas da Universidade. Na CTNE, foi realizado um trabalho de sensibilização, onde ouviram palestras dos coordenadores, da enfermeira e depoimentos de adictos e ex-adictos. Em uma outra etapa traçou-se o perfil sociopsicodemográfico desses indivíduos, bem como sua percepção acerca de sua saúde bucal e a presença de distúrbios psíquico-emocionais, por meio de questionários em forma de entrevistas, como o SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire) e do OHIP - 14 (Oral Health Impact Profile). Avaliou-se a condição de saúde bucal de 60 adictos por meio do CPOD (Dentes Cariados, Pedidos e Obturados), IPC (Índice Periodontal Comunitário) e Edentulismo. Utilizou-se os códigos e critérios conforme os estabelecidos no SB Brasil 2010. A análise de associação foi realizada pelo teste Exato de Fisher. A idade dos participantes variou de 20 a 60 anos. O tempo médio de moradia nas ruas foi de 5,2 anos (DP9,2). O CPOD Médio encontrado foi de 10,8 (DP8,0) com maior participação do componente Perdido. As principais queixas estavam relacionadas à dor e a necessidade de prótese. De acordo com o teste SRQ-20, 33% dos entrevistados apresentaram algum distúrbio psíquico-emocional. Segundo o OHIP - 14,50% dos entrevistados perceberam algum impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Após a avaliação dos dados os adictos receberam tratamento Odontológico na clinica da Faculdade onde foi possível observar uma melhora na estética e na autoestima, auxiliando tanto no processo de recuperação dos adictos, como também, no processo de reintegração dos mesmos na sociedade. E em contrapartida, os acadêmicos puderam vivenciar neste cenário, vivências que jamais pudessem ser desenvolvidas no ambiente intramuros, integrando assim, o seu papel social, os saberes e o modo de ver o mundo.

O USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM NO ENSINO DE TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL

DUVRA, FGD (CEFORSUS-Araraquara- SP); CHINEM, VM (CEFORSUS-Araraquara-SP); RUDNYTSKYJ, LCB (CEFORSUS-Araraquara- SP); PECIN, MH (CEFORSUS-Araraquara- SP)

As metodologias ativas de aprendizagem têm um papel fundamental no desenvolvimento do raciocínio crítico reflexivo e na geração de autonomia. O Centro de formação de Recursos Humanos para o SUS (CEFORSUS) tem pautado seus cursos no uso destas. Além disso traz a importância da reflexão da prática, e interação ensino-serviço. Este relato de experiência tem como objetivo trazer a importância da metodologia ativa, do uso do portfólio reflexivo e da articulação ensino-serviço na qualificação de profissionais para o trabalho em saúde a partir da vivência dos docentes. Trata-se de um relato de experiência de cursos ministrados no CEFORSUS Araraquara de ASB e TSB. Concluímos que a articulação ensino serviço, a aprendizagem significativa, a reflexão da prática e as metodologias ativas de aprendizagem agregam valores a aprendizagem, ganho de autonomia e a aplicação prática do saber. Também a troca de olhares e saberes, enriquecendo com os diferentes campos de trabalho, o olhar sobre o mesmo. Além disso estimulou o raciocínio crítico reflexivo dos educandos em busca da qualificação do cuidado.

CENÁRIOS DE PRÁTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE ODONTOLOGIA

SILVA, TA (FOUSP); JUNQUEIRA, SR (FOUSP)

Uma das barreiras para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) situa-se na formação de profissionais pouco preparados para atuar de acordo com seus princípios e diretrizes. As propostas publicadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de odontologia, em 2002, visam preencher essa lacuna por meio da articulação entre as Instituições de Educação Superior (IES) e o SUS. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório sobre o sentido das atividades nos cenários de prática do SUS executadas por alunos do curso de odontologia de uma IES localizada no interior de São Paulo, à luz das DCN e do projeto político pedagógico (PPP) do referido curso. A pesquisa teve a participação de 10 discentes, e ocorreu no ambiente virtual do site da rede social do Facebook, em grupos secretos de discussão, utilizando questões abertas relacionadas à odontologia, ao SUS e à graduação, entre novembro de 2014 e julho de 2015. Durante o processo, descobriu-se que 8 alunos trabalhavam no SUS como auxiliares e técnicos de saúde bucal e uma auxiliar de enfermagem, fato que influenciou na construção e condução das perguntas. As publicações dos alunos, o PPP da IES estudada e o documento das DCN foram analisados por meio dos Mapas Conceituais (concebidos por Novak e Cañas), e em seguida, validados, respectivamente, pelos discentes (no próprio ambiente virtual), pelo coordenador do curso de odontologia estudado, e pela representante da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO). Para aprofundar a análise das distintas vivências e pontos de vistas, utilizou-se também a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin. A discussão dos resultados evidenciou que apesar das experiências e percepções, publicadas pelos alunos que trabalham no SUS, serem potencialmente transformadoras da formação em saúde, não há propostas conjuntas de ações e/ou estágios contínuos e integrados na estrutura curricular da IES e na rotina das unidades de saúde. Para promover uma articulação ensino-serviço mais estável e duradoura, foram propostas estratégias para a realização de atividades no SUS, alinhadas às DCN. Concluímos, com o presente estudo, que além de ser possível ocorrerem práticas pedagógicas nos cenários de prática do SUS, também é provável o

aprendizado de competências e habilidades (gerais e específicas). Entretanto, é necessário que haja parcerias ensino-serviço sustentáveis para promoverem tanto a incorporação das DCN nos currículos das IES, como em mudanças na produção do cuidado à saúde nas unidades do SUS.

EXPERIÊNCIA EDUCATIVA E PREVENTIVA COM PRÉ-ESCOLAR

CORTEZ, PD (UNIARA); DINELLI, W (UNIARA); RICCI, HA (UNIARA); DOMINGOS, PAS (UNIARA)

O estudo foi desenvolvido no CER “Carmelita Garcez I” vinculado à Rede Municipal de Ensino do Município de Araraquara - SP. Atualmente, abriga 195 crianças de 3 a 6 anos. As atividades desenvolvidas foram: - Atividades educativas: desenhos, pinturas e contação de histórias; - Escovação supervisionada, por meio da correção da técnica de escovação e uso do fio dental; - Avaliação do índice de placa bacteriana (O’Leary) utilizando-se o Odontograma de denteção mista; - Avaliação do índice de cárie (CPOD: dentes cariados, perdidos e obturados; ceod: dentes cariados, indicados para extração ou obturados); - Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal dos escolares por meio de aplicação de questionário; - Avaliação do armazenamento e conservação das escovas dentais junto às educadoras; - Apresentação de teatro sobre saúde bucal. Após cada uma das atividades desenvolvidas, os acadêmicos juntamente com os responsáveis pelo estágio, reuniram-se em sala de aula para discutir aspectos importantes ocorridos nos trabalhos. Ao final, observou-se que as atividades educativas dirimiram as dúvidas dos pacientes em relação aos temas abordados; a escovação supervisionada contribuiu eficazmente para o aprimoramento da técnica de higienização bucal; o risco de cárie apresentou-se relativamente alto entre os pré-escolares examinados; a necessidade de tratamento odontológico restaurador ficou evidente vários casos avaliados; No que se refere à receptividade da população, observou-se como resultados positivos o notável interesse em obter as informações oferecidas e o respeito pelos serviços prestados à comunidade. Pode-se concluir que, a promoção de saúde e a prevenção das doenças bucais são fundamentais para garantir a qualidade de vida da população.

IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO ODONTOLÓGICA NO ÂMBITO HOSPITALAR

GAZZONI, GR (UNIARA); DOMINGOS, PAS (UNIARA); RICCI, HA (UNIARA); QUEIROZ, TP (UNIARA)

A saúde bucal tem uma ligação direta com a saúde geral pois a cavidade bucal abriga microrganismos que alteram a qualidade e quantidade de saliva e que facilmente ganham a corrente circulatória, aumentando o risco de infecção. Dessa forma, a atuação do dentista é de suma importância na manutenção da saúde bucal de pacientes hospitalizados, visto que, diversas complicações podem ser causadas por patógenos bucais, o que pode aumentar o tempo de hospitalização e até mesmo o risco de morte. Deste modo, o presente trabalho objetivou a inserção dos estudantes do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Araraquara - UNIARA no atendimento aos pacientes internados na UTI da Santa Casa de Misericórdia, no Município de Araraquara/SP, para aplicação de seus conhecimentos técnico-científicos adquiridos em ambiente universitário. Para a realização deste trabalho, foi feita uma parceria do Curso de Odontologia da UNIARA com a Santa Casa de Misericórdia Município de Araraquara/SP, no qual, os acadêmicos do quarto ano do curso de Odontologia realizam, semanalmente, algumas ações na cavidade bucal de pacientes internados na referida unidade. Dentre as ações realizadas, encontram-se a limpeza da cavidade bucal por meio de métodos mecânicos (com uso de escova dental) e químico (com uso de soluções antimicrobianas como clorexidina a 0,12%) e ainda, o uso tópico de medicamentos para tratamentos de diversas alterações como infecções fúngicas, ulcerações, dentre outras. Foi possível concluir que a higiene bucal deficiente é comum em pacientes internados em UTI, o que facilita a colonização do biofilme bucal por microrganismos patogênicos e que, desta forma, a incorporação do cirurgião-dentista na equipe hospitalar contribui para a visão holística que deve ser oferecida ao paciente hospitalizado a fim de proporcionar o seu bem estar e dignidade, prevenindo infecções, diminuindo o tempo de internação e o uso de medicamentos, tendo em vista que os problemas bucais interferem na saúde geral do indivíduo, assim como as alterações sistêmicas podem se manifestar na cavidade oral.

ATENÇÃO BÁSICA ODONTOLÓGICA NA FOAR – UNESP

BARROS, ACP (FOAr-UNESP); ROSELL, FL (FOAr-UNESP); SILVA, SRC (FOAr-UNESP); TAGLIAFERRO, EPS (FOAr-UNESP); VALSECKI, A (FOAr-UNESP)

Uma dificuldade expressiva relacionada ao atendimento dos usuários do serviço público de saúde tem sido a fila de espera não priorizada e tardia, que resulta no agravamento da condição inicial do paciente e sua consequente permanência na espera por novas especialidades. Essa realidade pode ser observada dentro do ambiente universitário de forma exacerbada devido à adequação do atendimento ao formato do ensino exigido pelas instituições, evidenciando um distanciamento entre o cuidado e o processo de aprendizagem, onde as necessidades que deveriam ditar as especialidades são escolhidas de forma fragmentada para suprir a necessidade de uma especialidade, revelando a problemática de uma formação falha na geração de competências e produção do cuidado. Perante o exposto, as clínicas da FOAr-UNESP estabeleceram um novo protocolo de organização para reverter os baixos índices de resolutividade das necessidades dos pacientes, e consequentemente torna-la abrangente e integral ampliando o ensino, a partir de práticas condizentes com a práxis no SUS, e organizando as filas de espera. A partir de referências e contra-referências para adequação das ações em saúde foi criado um fluxograma, abrangendo atenção odontológica integral e resolutiva e ensino-aprendizagem adequado à realidade do serviço. O fluxo clínico é composto por 7 níveis assistenciais: (1) recepção/acolhimento, (2) triagem e emergência, (3) atenção básica e prevenção, (4) diagnóstico, (5) especialidades preparatórias, (6) especialidades reabilitadoras, e (7) manutenção. Nesse sistema, após a triagem, o paciente é encaminhado para o setor de emergência (dor) ou para a clínica de atenção básica, onde é realizado o diagnóstico através de exames clínicos e complementares para a determinação dos riscos às doenças bucais, e seu plano de tratamento personalizado ser estabelecido a partir de tratamentos de baixa e média complexidade. Então, os pacientes, controlados e preparados, são encaminhados às especialidades seguindo uma classificação de prio-

ridade para os tratamentos de alta complexidade, e após a finalização do tratamento específico eles são contra-referenciados para o nível de controle/acompanhamento na atenção básica. Desde 2010, essa estratégia vem incorporando, de forma multidisciplinar, tecnologias leves e duras a fim de fornecer cuidado integral de forma crescente, complexa e criativa frente às demandas dos pacientes, enquanto que a estrutura pedagógica tem incorporado práticas pró-ativas fundamentais para a elaboração de um tratamento integral e equânime.

ESPÍRITO HUMANÍSTICO: EXPERIÊNCIA COM INDIVÍDUOS VULNERÁVEIS À VIOLÊNCIA

ANDRADE, MS (UNIARA); FELÍCIO, CM (UNIARA); RICCI, HA (UNIARA); DOMINGOS, PAS (UNIARA)

O objetivo do presente estudo foi oferecer ao aluno de Odontologia a experiência de trabalhar com humanismo e acolhimento ao atender e conhecer a realidade uma comunidade com condições de vida bastante peculiar. O estudo foi desenvolvido pelos acadêmicos do 2º ano do Curso de Graduação em Odontologia da UNIARA na ONG Oficina das Meninas, situada no município de Araraquara - SP. A Oficina das Meninas é um espaço oferecido às meninas e adolescentes com vulnerabilidade à violência para dar-lhes a oportunidade de se transformar e buscar a ruptura com o ciclo de violência. O espaço cria oportunidade para elas vivenciarem algo que não experimentariam em condições habituais do seu dia-a-dia. Atualmente, abriga até 80 meninas de 6 a 12 anos. As atividades desenvolvidas foram: - Escovação supervisionada, por meio da correção da técnica de escovação e uso do fio dental; - Avaliação do índice de placa bacteriana (O'Leary) utilizando-se o Odontograma de dentição mista; - Avaliação do índice de cárie (CPOD: dentes cariados, perdidos e obturados; ceod: dentes cariados, indicados para extração ou obturados); - Apresentação de palestras cujos temas foram direcionados para os diferentes interesses das meninas (higiene bucal - 6 a 12 anos; piercing bucal e suas complicações - 9 a 12 anos; beijo na boca - 9 a 12 anos; Álcool e cigarro - repercussões na saúde bucal- 9 a 12 anos). Com o desenvolvimento destas atividades, pode-se observar que, devido às condições socioeconômicas da população estudada,

o índice de placa bacteriana foi alto, assim como o risco e a atividade de cárie dental. A escovação supervisionada e o emprego do fio dental na rotina de higiene bucal contribuíram eficazmente para o aprimoramento dos cuidados com a saúde bucal; em relação às palestras, notou-se que foram muito elucidativas e de grande importância para sanar as dúvidas e desmistificar mitos e crenças sobre os diversos assuntos abordados. Pode-se concluir que, embora a população estudada tenha se mostrado motivada para aplicar os conhecimentos adquiridos e buscar a melhoria nos cuidados com a saúde bucal, necessita de maior assistência odontológica. Além disso, o estudo possibilitou aos alunos do Curso de Odontologia aprenderem e praticarem a transmissão de conhecimentos, fato que contribui para a sua formação profissional.

INTEGRAÇÃO DO ESTUDANTE DE ODONTOLOGIA COM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RAMOS G (UNIARA); AQUINO; DOMINGOS, PAS (UNIARA); RICCI, HA (UNIARA)

A Odontologia atual tem buscado integrar a formação acadêmica com as questões sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas de sua região, visando diminuir o distanciamento entre a formação de recursos humanos e as necessidades do Sistema Público de Saúde, para que isto seja a chave da transformação da realidade da população em seu próprio benefício. Deste modo, o presente projeto objetivou a inserção dos estudantes do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Araraquara - UNIARA na realidade do Sistema Único de Saúde - Estratégia de Saúde da Família, para desta forma, integrar seus conhecimentos técnico-científicos adquiridos em ambiente universitário com as atividades profissionais desenvolvidas no setor público de saúde, pois somente assim, os mesmos poderão vivenciar e, conseqüentemente, aplicar os conceitos de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para a realização deste projeto, foi feita uma parceria do Curso de Odontologia da UNIARA com a Gerência de Saúde Bucal da Prefeitura do Município de Araraquara/SP, no qual, anualmente, os acadêmicos do quarto ano do curso de Odontologia são distribuídos aleatoriamente entre algumas das Unidades Básicas de Saúde

disponibilizadas para a realização das seguintes ações: (1) Avaliação do risco de incidência de cárie, realizado em escolares de instituições assistidas pela Unidade Básica de Saúde (UBS); (2) Participação em Programas Educativos, no qual são realizadas palestras educativas sobre diversos temas tais como técnicas de higienização bucal, orientações sobre Odontologia Intra-uterina, cuidados preventivos de higiene bucal nos bebês, etiologia da cárie dental, doença periodontal, halitose, câncer bucal, efeitos do fumo sobre as estruturas bucais, piercing bucal, trauma dental em acidentes esportivos, entre outros; (3) Participação em Programas Preventivos, compreendido pela escovação supervisionada e orientação com os cuidados com a higiene bucal para escolares e usuários das UBSS; (4) Visitas domiciliares, realizadas em acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde nos territórios de abrangência da UBS. Pode ser concluído que a participação dos estudantes de Odontologia da UNIARA nas atividades do Serviço de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura do Município de Araraquara - SP aumentou o entendimento da integralidade do atendimento aos usuários do Sistema Público de Saúde por parte dos graduandos. Ainda, esta experiência foi de grande relevância para os acadêmicos à medida que proporcionou a visão holística de como o paciente deve ter sua saúde tratada, pois além de possibilitar o aprimoramento da triagem e avaliação do plano de tratamento necessário a cada indivíduo, também promoveu o senso crítico dos fatores que influenciam na saúde de acordo com as condições sociais, econômicas e educacionais da comunidade envolvida.

Eixo 6 - Gestão: Planejamento, Financiamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL SOB A PERSPECTIVA DOS GESTORES DAS MACRORREGIÕES ESTADUAIS DE SAÚDE

GONDINHO, BVC (FOP/UNICAMP); GUERRA, LM (FOP/UNICAMP); POSSOBON, RF (FOP/UNICAMP); PEREIRA, AC (FOP/UNICAMP); PROBST, LF (FOP/UNICAMP); MENDES, KLC (FOP/UNICAMP); MELO, EA (FOP/UNICAMP); OLIVEIRA, VAS (UESPI/CCS)

Redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas com pontos vinculados entre si que atuam por meio de ações cooperativas e interdependentes, permitindo ofertar uma atenção longitudinal e integral à determinada população sob a coordenação da atenção primária à saúde. Desta forma, há de se supor que o modelo de atenção em saúde bucal provavelmente opere com maior resolutividade quando organizado em rede. O objetivo deste estudo é aprofundar quanto à temática da saúde bucal nas redes de atenção à saúde, conhecendo suas dificuldades de implantação e sugestões para sua operacionalização. Este foi um censo realizado com os quatro gestores das respectivas cidades sedes das macrorregiões de saúde do estado do Piauí que responderam às seguintes questões: 1) Discorra sobre o tema 'Rede de atenção à saúde bucal' relacionando-o com a sua realidade; 2) Em sua opinião, existem dificuldades para a saúde bucal atuar em redes de atenção à saúde?; 3) Quais suas sugestões para auxiliar que a saúde bucal atue em uma perspectiva de rede de atenção à saúde? As respostas foram analisadas através da técnica qualiquantitativa do discurso do sujeito coletivo. Os gestores pontuaram possíveis caminhos para a implementação da rede de atenção à saúde bucal, demonstrando em síntese as dificuldades existentes. Também ressaltaram a necessidade de um maior aprofundamento em relação às redes de atenção à saúde e do incentivo a um desenvolvimento mais arraigado da temática da saúde bucal. Aprofundou-se, portanto, a partir do olhar gestor, em relação ao eixo saúde bucal em

um contexto de implantação e execução das redes enquanto mecanismo organizador do fluxo de demanda no Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que foram assinalados os obstáculos para tal e os possíveis meios de superação dos mesmos.

A GESTÃO DE UM CEO: REFLEXÕES E EXPERIÊNCIAS

ROCHA, VFB (SMS-Varginha-MG); RAIMUNDO, ACS (SMS-Varginha-MG); GONÇALVES GH (SMS-Varginha-MG); ROCHA, EMM (SMS-Varginha-MG)

Dentre os grandes desafios para consolidação e qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), duas dimensões se destacam, dada sua centralidade, a primeira e mais crítica se refere ao financiamento contínuo e suficiente das ações e políticas de saúde e a segunda a mecanismos adequados de gestão que favoreçam a otimização dos recursos humanos e materiais em prol do efetivo, eficaz e eficiente cuidado da população. Neste sentido quando se avalia, por exemplo, os dados de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), percebe-se que um número considerável de serviços não cumpri as metas mínimas de produção mensal por especialidades estabelecidas na Portaria 1464 de 2011 de acordo com o tipo de CEO I, II ou III. Diante deste cenário, o objetivo do presente trabalho é relatar algumas experiências de gestão desenvolvidas em um CEO tipo III, no município de Varginha-MG. O referido Centro de Especialidades Odontológicas é de abrangência regional, sendo referência para cinco municípios sulmineiros, abrangendo uma população estimada de 200.000 mil habitantes, seu financiamento se dá de forma tripartite pelo governo federal, estadual e municipal, sendo que o percentual de custeio corresponde a cada ente é, respectivamente, 35%, 5% e 60% do valor empreendido para manutenção do serviço. De modo a se estabelecer um serviço de excelência no âmbito da administração pública direta, vem-se adotando medidas que visam uma melhor gestão com foco em três eixos estruturantes: valorização

profissional, estrutura e insumos de qualidade e participação popular. A primeira ação se deu pelo estabelecimento de atividades de educação permanente e gratificação variável adicional ao salário de acordo com o cumprimento de metas estabelecidas. A segunda, pelo aperfeiçoamento da estrutura física e aquisição de equipamentos e insumos de qualidade, como por exemplo climatização para melhor ambiência, elaboração de novos memoriais descritivo para compra de insumos odontológico de melhor qualidade, incorporação tecnológica racional de equipamentos como por exemplo localizador apical e instrumento rotatório para ampliação do acesso a endodontia. A última e mais estratégica dimensão é representada pela abertura de canais de comunicação com o usuário e participação dos profissionais no Conselho Municipal de Saúde, o que permite maior interlocução com as demandas dos usuários e assegura que questões relativas a saúde bucal sejam pautadas e ganhem visibilidade e representatividade social. Como resultados, percebe-se um avanço significativo no setor, seja pelo cumprimento de todas as metas físicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, seja pela ampliação do acesso e reconhecimento da população como um serviço público de relevância e qualidade. Conclui-se assim, que não obstante as dificuldades financeiras enfrentadas por todos os municípios é possível o estabelecimento de serviços públicos em saúde de qualidade e que assegurem acesso adequado a população, através de priorização de investimentos, planejamento participativo que envolvam gestores, trabalhadores e usuários, monitoramento e avaliação dos resultados de modo a propiciar a correção ou manutenção de rumos, possibilitando que com o apoio popular os serviços possam ser reconhecidos e defendidos pelos usuários como de relevância e excelência, sobretudo neste tempos em que a administração pública direta é colocada em cheque por alguns setores sociais.

A AGENDA COMO FERRAMENTA DE ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE BUCAL

MELO, LMLL (FOA/DRSII); MOIMAZ, SAS (FOA); GARBIN, CAS (FOA); GARBIN, AJI (FOA); SALIBA, NAS (FOA)

O objetivo neste estudo foi analisar a implantação de uma agenda construída de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, como ferramenta facilitadora na reorganização do processo de trabalho para a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal. Trata-se de uma pesquisa-ação realizada em um município do Estado de São Paulo, selecionado com base nos seguintes critérios: existência de equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, atenção primária e secundária em saúde bucal. Os dados foram obtidos por meio de análise documental, entrevistas e observação in loco da estrutura odontológica. Foram analisados: Plano Municipal de Saúde, relatório do Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade do Ministério da Saúde, produção ambulatorial, entrevistados o gestor, 18 profissionais das equipes de saúde. Foram realizadas oficinas para construção compartilhada da agenda e quatro meses antes e quatro meses após a implantação da mesma, foram avaliadas as seguintes variáveis: primeira consulta programática, consultas de urgência, tratamentos completados e procedimentos realizados. Os resultados estão apresentados em três dimensões: construção da agenda; atividades realizadas e avaliação da agenda implantada. Verificou-se que houve aumento de 63% na cobertura dos pacientes atendidos na primeira consulta, redução de 30% dos casos de urgência; aumento de 11% na cobertura de tratamentos completados e aumento no número de procedimentos. Concluiu-se que a agenda construída de acordo com os princípios e diretrizes do SUS foi facilitadora na reorganização do processo de trabalho promovendo a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal.

DESEMPENHO DE INDICADORES DE SAÚDE BUCAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PIRACICABA

ROJAS GCS (FOP/UNICAMP), GOMEZ CLF (FOP/UNICAMP)

Introdução: A Equipe de Saúde Bucal (ESB) tem a função de melhorar o perfil de saúde bucal da população, sendo importante a avaliação das ações para determinar se elas devem ser melhoradas mantidas ou interrompidas. ESB em estudo está conformada por 2 Cirurgiões Dentistas e 1 Auxiliar em Saúde

Bucal, iniciando suas atividades em novembro de 2011. Objetivo: Avaliar o desempenho de indicadores de saúde bucal em uma Unidade de Saúde da Família de Piracicaba, a partir da implantação da ESB. Métodos: Dados da produção odontológica ambulatorial foram coletados do sistema de informação, desde janeiro de 2012, até dezembro de 2014; foi considerada a população cadastrada (2861 habitantes no 2012 e 2949 habitantes no 2014). Os dados foram organizados em indicadores: Acesso, Média de Escovação Dental Supervisionada, Urgência odontológica, Média de procedimentos odontológicos básicos individuais. Resultados: foi utilizado o teste de Kruskal Wallis (p<0,05). Houve diferença significativa no indicador de média de escovação dental supervisionada entre os anos analisados, sendo superior no ano 2014 que no 2012 e 2013. Nos indicadores urgência, acesso e total de procedimentos, não houve diferença significativa. Atualmente estes indicadores encontram-se dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Município: Escovação 4,8 (parâmetro=4,0), média de procedimentos odontológicos básicos individuais 1,51 (parâmetro=0,5-2XhabXano). Conclusão: houve melhora quantitativa dos indicadores, que foi acompanhada do crescimento populacional. Mais pessoas estão tendo acesso a fluor e orientação para escovação. Destaca-se a adesão do processo de trabalho da ESB às metas do Município.

A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO QUANTO AO AMBIENTE FÍSICO DE ATENDIMENTO

ROS, DT (FOA-UNESP); MOIMAZ, SAS (FOA-UNEP); ROVIDA, TAS (FOA-UNEP); GARBIN, CAS (FOA-UNEP)

Estudar a opinião do usuário do serviço odontológico do Sistema Único de Saúde (SUS) fornece informações essenciais para a elaboração de estratégias visando à melhoria do serviço. O objetivo nessa pesquisa foi analisar a percepção do usuário do serviço público odontológico sobre o ambiente físico de prestação de serviço e verificar se há relação entre a satisfação dos usuários com o ambiente e variáveis sócio demográficas. A pesquisa é parte de um projeto maior, multicêntrico, realizada com formulário adaptado do Programa Nacional de Avaliação do Ser-

viço de Saúde (PNASS) e Programa de Melhoria do Acesso ao Serviço e Qualidade (PMAQ). Foi realizada pesquisa transversal, tipo inquérito, com 461 usuários do serviço odontológico do SUS em dezesseis Unidades Básicas de Saúde do município do estado de São Paulo. Foram incluídos usuários com maioridade, que concluíram ou estavam em tratamento odontológico na Unidade de Saúde. Como variáveis considerou-se a satisfação do usuário quanto ao conforto, limpeza, sinalização e ambiência com o serviço prestado e como variáveis independentes: gênero, idade, escolaridade, condições socioeconômicas e estado civil. Os dados coletados foram processados, empregando-se o software Epi-Info 2000 v. 7.1.4. Dentre os entrevistados 70,5% dos usuários eram do gênero feminino; 59,9% com idades entre 18 a 44; 57% solteiros; 39,3% com escolaridade até o ensino médio completo e 49,2% com renda familiar entre 1 e 2 salários. Em relação à satisfação quanto ao conforto (79,0%), limpeza (86,3%), sinalização (89,6%) e ambiente de trabalho (80,9%) a maioria estavam satisfeitos. Quanto à percepção sobre o ambiente de prestação de serviço odontológico do SUS o conforto foi considerado pela maioria como bom (60,3%), a limpeza como boa (60,3%) e a sinalização como percebida (89,8%). A escolaridade esteve associada com a satisfação quanto ao atendimento (p<0,0103), sinalização (p<0,0103) e ambiente de trabalho (p<0,0102), a faixa etária esteve associada com o ambiente de trabalho (p<0,0343) e o conforto (p<0,0069). Conclui-se que os usuários com menor escolaridade estavam mais satisfeitos em relação ao conforto, atendimento e sinalização e os usuários com menor idade estavam mais insatisfeitos com o ambiente de trabalho e o conforto. Apoio financeiro: CNPq-403176/2012-3

PROPOSTA DE ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

MOIMAZ, SAS (FOA); MELO, LMLL (FOA/DRSII); GARBIN, CAS (FOA); GARBIN, AJI (FOA); SALIBANA (FOA)

O objetivo neste estudo foi analisar o funcionamento do serviço de Saúde Bucal em um município e desenvolver uma proposta de roteiro para avaliação diagnóstica da Saúde Bucal na Atenção Bási-

ca. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, descritiva. O local da pesquisa foi Pereira Barreto, São Paulo, por apresentar a Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial estruturante do Sistema de Atenção à Saúde em 100% da população; equipes de saúde bucal implantadas; atenção secundária em saúde bucal. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com o gestor e 18 profissionais de saúde. Foram realizadas também análise documental do Plano Municipal de Saúde, Agenda de Saúde Bucal e observação in loco da estrutura odontológica. O município oferta serviços de saúde bucal com integração entre atenção básica e especializada, sendo a atenção

básica ordenadora da rede. O Plano Municipal de Saúde apresenta descrição detalhada da situação geral do município; a agenda de saúde bucal preconizada em fase de implantação contempla os três eixos de atuação da Estratégia Saúde da Família: unidade de saúde, família e comunidade. O inquérito identificou que a principal forma de acesso da população aos serviços era a demanda espontânea; havia duas equipes de Saúde da Família sem equipes de Saúde bucal. A análise do funcionamento do serviço possibilitou desenvolver uma proposta de um roteiro de avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica para subsidiar o gestor na definição de estratégias de intervenção.

Premiação

Menção Honrosa — 13ª EPATESPO

CATEGORIA PROFISSIONAL

“VIGIFLUOR-SP: zelando pela saúde dos paulistas”. MANFREDINI, MA; MIYAKE, CY, CURY, JA; NARVAI, PC; ZILBOVICIUS, C.

“A equidade na prática da atenção primária em odontologia: uma ação com pessoas em situação de rua em Varginha-MG”. ROCHA, VFB; FURTADO, HB; GONÇALVES GH; ROCHA, EMM; RIBEIRO, EM.

“A agenda como ferramenta de organização da demanda em saúde bucal”. MELO, LMLL; MOIMAZ, SAS; GARBIN, CAS; GARBIN, AJI; SALIBA, NAS.

CATEGORIA PÓS-GRADUAÇÃO

“As gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família e seus conhecimentos a respeito de saúde

bucal”. GOMES FILHO, VV; GONDINHO, BVC; POSSOBON, RF; PEREIRA, AC; PROBST, LF; GUERRA, LM; MENDES, KLC; BIGAL, AL; VARELA, FRA.

“Relação entre classificações de risco, utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo”. PERES NETO, J; SOUSA, MLR; MENDES, KLC.

CATEGORIA GRADUAÇÃO

“Adesão às precauções padrão pelas equipes de saúde bucal do serviço público do município de Araçatuba-SP”. ARAÚJO, TB; MARTINS, RJ; KATO, MD; GARBIN, AJI; GARBIN, CAS.

Parte VI – Plenária Final

Elaboração da Carta

A Carta de Araraquara foi inicialmente formatada a partir de uma Comissão de Síntese, coordenada pela Dra. Maria Fernanda de Montezuma Tricoli (Coordenadora de Saúde Bucal do Estado de São Paulo), que teve por objetivo analisar os documentos estabelecidos pelas reflexões e discussões nos diferentes grupos de trabalho (5 grupos) para cada uma dos espaços autopoieticos (4 oficinas). Compuseram essa comissão os facilitadores das oficinas e os coordenadores da mesa da Plenária.

Os trabalhos iniciaram-se com o agrupamento das produções por espaços autopoieticos, sendo que para cada oficina houveram três questões disparadoras para as reflexões dos membros de cada grupo. Tais questões foram determinadas associadas as ementas de cada conferência magna, com a aplicação da Taxonomia de Bloom para o aperfeiçoamento do processo de pensamento dos participantes. Assim, seguidamente, deu-se a análise, comparação e compreensão das elaborações e, por fim, a composição de textos que representassem as diferentes ideias, buscando-se uma síntese que contemplasse a amplitude das reflexões expostas. O resultado dessa metodologia resultou na elaboração dos 37 itens da Carta de Araraquara que foi a Plenária para discussão e aprovação.

Carta de Araraquara - 2016

Mesa de coordenação dos trabalhos:

Prof. Dr. Carlos Botazzo

Prof. Dr. Aylton Valsecki Junior

Dra. Maria Fernanda de Montezuma Tricoli

Cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal, professores de odontologia e gestores do SUS, reunidos no período de 11 a 13 de abril de 2016 na cidade de Araraquara/SP, em conferências, mesas de debates e oficinas, deliberaram os seguintes pontos que compõem a Carta de Araraquara:

1. Fomentar e promover oportunidades para a reflexão e compreensão dos diversos aspectos da realidade vivida (físicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais) através de equipe multiprofissional, de modo a atender as reais necessidades dos usuários
2. Definir consensualmente valores que favoreçam o comprometimento dos profissionais e dos pacientes com a saúde, possibilitando que se tornem multiplicadores junto à comunidade
3. Estimular o desenvolvimento de competências que visem à atuação dos profissionais na lógica da integralidade utilizando como estratégias o estabelecimento e fortalecimento do trabalho em equipe (inclusive com apoio institucional), a escuta qualificada, o compartilhamento de saberes e aproximação com os conselhos de saúde e lideranças locais
4. Estabelecer vínculos com as universidades, buscando reforço e apoio às diretrizes curriculares com ênfase nos princípios do SUS, especialmente o de integralidade.
5. Promover interface academia e serviços para maior embasamento técnico e epidemiológico dos programas.
6. Promover educação permanente para melhorar a organização do processo de trabalho (fluxo de informações, prontuário único, fluxo de acolhimento e autonomia profissional)
7. Assegurar a implantação do prontuário eletrônico
8. Efetivar as Unidades de Saúde como espaços para a formação de profissionais de saúde (graduação, residência, estágios e educação permanente) a fim de contribuir na aquisição de competências que visem a atuação na lógica da integralidade
9. Garantir remuneração para os profissionais que atuam na formação dos alunos dentro das Unidades de Saúde.

10. Fortalecer a saúde pública enquanto política de Estado com valorização profissional e educação dos gestores, trabalhadores e usuários com corresponsabilidade;
11. Revisão da distribuição e aporte dos recursos financeiros às cidades/regiões visando adequar a infraestrutura e recursos humanos de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde
12. Melhorar a captação e utilização dos recursos disponibilizados para a saúde, com conhecimento da relação recurso/eficiência no trabalho
13. Estimular a melhora da capacidade técnica para solucionar os problemas de saúde, ter humildade, tolerância, respeito, paciência, liderança e corresponsabilidade como forma de fomentar as potencialidades de sua equipe, com vistas ao bem comum.
14. Estimular as reuniões de equipe com o gestor, valorizando os acordos construídos e firmados conjuntamente.
15. Garantir espaços e voz para as reivindicações das equipes de saúde bucal, com escuta e valorização dos profissionais
16. Promover e apoiar espaços de reuniões, oficinas e capacitações, tais como Projeto Saúde do Território (PST), Projeto Terapêutico Singular (PTS), Protocolos Norteadores, Humanização e acolhimento, Ética e Liderança, Direitos e deveres no SUS, Capacitação de conselheiros
17. Capacitar gestores e professores do SUS em relação à complexidade do meio local onde atuam.
18. Fazer valer os mecanismos e protocolos de encaminhamento (referência e contra referência) e promover interação entre os três níveis: atenção básica, especializada e hospitalar, corresponsabilizando os usuários quanto o processo terapêutico.
19. Utilizar os dados dos levantamentos epidemiológicos, diagnóstico situacional e indicadores do SISPACTO para planejamento das ações e da construção das redes, direcionando os recursos de acordo com as necessidades.
20. Implantar plano de cargos e salários, o que contribuirá para a motivação e valorização das equipes.
21. Estabelecer políticas de capacitação para os novos gestores, bem como aos novos profissionais que iniciam seu trabalho no SUS, em qualquer nível da rede de atenção.
22. Promover encontros entre trabalhadores, gestores e usuários das redes municipais periodicamente para troca de experiências e atualização dos conhecimentos.
23. Sensibilizar os gestores quanto à relevância da participação dos cirurgiões dentistas nos espaços de discussão e gestão do SUS.
24. Incluir a equipe de saúde bucal obrigatoriamente como parte da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família.
25. Promover a efetiva interação entre as diferentes redes de atenção de forma que o planejamento das equipes contemple as diferentes áreas de atuação multiprofissionais.
26. Fomentar a implantação de consórcios para compra de serviços para viabilizar a organização de referências regionais.
27. Garantir a integralidade da atenção com a efetiva estruturação das referências nas linhas de cuidado em Saúde Bucal, garantindo a atenção nos três níveis de atenção não esquecendo a reabilitação.
28. Garantir o financiamento para a implantação e custeio da média e alta complexidade a nível federal e estadual.
29. Incentivar a capacitação do agente comunitário para realizar as orientações ao usuário facilitando o acesso ao tratamento odontológico (Protocolo de encaminhamento - porta de entrada).
30. Disseminar a prática de monitoramento e avaliação no processo de trabalho na odontologia, atrelado ao levantamento epidemiológico e indicadores de saúde, com metas pré estabelecidas.
31. Empoderar as equipes sobre suas responsabilidades e atribuições na Atenção Básica, na Média e Alta complexidade.
32. Investir na capacitação dos ASBs / TSBs em conteúdos pedagógicos, voltados para a educação em saúde numa proposta de construção coletiva dos saberes.
33. Divulgar o sistema de negociação permanente - SINP-SUS. <http://mesadenegociacao.nave.ifrn.edu.br/>
34. Estimular nos municípios a implantação de mesa de negociação permanente do SUS como

espaço democrático de gestão e resolução de conflitos nos moldes da Mesa Nacional Permanente do SUS.

35. Incentivar a participação dos profissionais Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal nas associações e espaços representativos.
36. Garantir nos espaços representativos dos Auxiliares em Saúde Bucal - ASB e Técnicos em Saúde Bucal - TSB nos conselhos Federal e Regional de odontologia sejam ocupados única e exclusivamente por estes profissionais.
37. Garantir a importante participação das referências representativas dos TSBs e ASBs nos espaços onde são discutidos temas pertinentes a estas profissões, assim como a participação nos eventos como o EPATESPO entre outros.

Moções

MOÇÃO 1

Ilustríssimo Senhor Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Dr. David Uip

Nós, cirurgiões dentistas servidores públicos dos municípios aqui representados, vimos reapresentar a solicitação para criação do plano de cargos, carreira e salários para essa categoria profissional, haja visto o compromisso assumido pelo Excelentíssimo Governador Dr. Geraldo Alckmin e anunciado em sessão solene de abertura do 32º CIOSP, em janeiro de 2014 por Vossa Senhoria.

MOÇÃO 2

Ao Professor Dr. Aylton Valsecki Junior e a Diretoria da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

Os participantes do 13º EPATESPO - Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico e 12º COPOSC - Congresso

Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva parabenizam e agradecem-nos pela acolhida e pelo evento inovador com vistas ao aperfeiçoamento do exercício profissional na gestão e na integralidade do cuidado em saúde.

MOÇÃO 3

Ao Dr. Wilson Chediek e Dra. Maria Fernanda Montezuma Tricoli

Nós, participantes do 13º EPATESPO - Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico congratulamos a Comissão Local de Araraquara responsável pela realização dos eventos e a Coordenadoria de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por possibilitar o desenvolvimento desse importante espaço para discussão, reflexão e intercâmbio de experiências odontológicas no âmbito do SUS de São Paulo, reafirmando a importância de uma Política Estadual de Saúde Bucal.

Assessoria Normativa | Consultants

Biblioteca: Centro de Informação e Referência da Faculdade de Saúde Pública da USP

Projeto Gráfico | Graphic Project

Caracol Design

Endereço | Address

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.
Av. Dr. Arnaldo 715, sala 2, 2º andar, prédio da biblioteca.
São Paulo, SP, Brasil. CEP 01246-904.
E-mail: saudesoc@usp.br | Tel: (11) 3061-7880.

Artigos publicados na revista refletem o ponto de vista dos autores não coincidindo, necessariamente, com o da Comissão Editorial.
Não é permitida a reprodução de matéria publicada sem prévia autorização dos Editores.

The articles published in the journal reflect the point-of-view of the authors, however they do not necessarily reflect that of the Editorial Commission.

No part of the material published may be reproduced without prior permission from the Editors.

Saúde e Sociedade é afiliada
à Associação Brasileira de
Editores Científicos - ABEC



Apoio



Ministério
da Educação



Ministério da
Ciência e Tecnologia



SAÚDE e SOCIEDADE
www.scielo.br/sausoc