

Trabalho de Conclusão de Curso

Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre suas atribuições na Estratégia Saúde da Família

Carolina Meurer



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

Carolina Meurer

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE
SUAS ATRIBUIÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como
requisito para conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Cristina
Marino Calvo.

Florianópolis

2013

Carolina Meurer

**CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE
SUAS ATRIBUIÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Este trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para a obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de maio de 2013.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Maria Cristina Marino Calvo
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Dra. Claudia Flemming Colussi
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra. Marynês Terezinha Reibnitz
Cirurgiã-Dentista da Prefeitura de Florianópolis

À minha família

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar sempre

À Iracilda, pela presença, pela compreensão, por ser mãe

A José Daltro, pela preocupação, pela gasolina, por ser pai

À Iolanda, pelos conselhos, pelo amor

Ao Nino, por me fazer querer ser seu exemplo

Ao João José, pelo companheirismo, pelo colo

Às Meninas, por serem amigas

Aos colegas por fazerem a faculdade mais feliz

À Prof^ª Josi, pela abnegação e dedicação

À Prof^ª Maria Cristina, por ter me acolhido

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por ter permitido a realização deste trabalho

À Dra. Marynês, pela confiança

Aos cirurgiões-dentistas da Prefeitura de Florianópolis, pela participação

Sem vocês, teria sido difícil

"Muitos são os desafios para a consolidação do SUS. Um deles é o perfil dos profissionais. O SUS precisa de pessoas engajadas e estimuladas".

(Josimari Telino de Lacerda, 2011)

RESUMO

O conhecimento acerca das atribuições é fundamental para garantir o sucesso do trabalho em saúde. Este estudo visa analisar o conhecimento dos odontólogos sobre suas atribuições na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de pesquisa descritiva e observacional e abrange todos os cirurgiões dentistas que atuam na rede de serviços de Florianópolis. Adotou coleta de dados primários através de questionário próprio testado aplicado por pesquisadora treinada. O conhecimento sobre as atribuições, o processo de trabalho e os desafios na atuação da Estratégia SF foram os aspectos estudados. Foi analisada associação entre o nível de conhecimento e aspectos demográficos, de formação e de atuação dos profissionais. A maioria dos profissionais conhece seus deveres e organiza o processo de trabalho coerente com suas atribuições na Estratégia SF. Equiparação da equipe de saúde bucal com Saúde da Família, integração com profissionais de outras áreas e articulação com a comunidade foram os desafios referido com maior frequência.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Saúde da Família, processo de trabalho.

ABSTRACT

The knowledge about your functions is critical to ensuring the success of healthcare work. This study aims to analyze the knowledge of dentists about their duties in the Family Health Strategy. It is descriptive and observational research and covers all the dentists who work in the service in Florianópolis. This study adopted primary data collection through questionnaires administered by a trained investigative tested. The knowledge about the assignments, the working process and the challenges in the acting in Family Health Strategy aspects were studied. The association has been analyzed between the level of knowledge and demographics, training and performance professionals. Most professionals know their duties and organizes the working process consistently with its duties in the Family Health Strategy. The equality of oral health team with Family Health team, integration with other professional areas and interaction with the community challenges were mentioned more frequently.

Keywords: Oral Health, Family Health, working process

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Evolução da organização das ESF e ESB no Brasil de 2004 a 2013.....	29
-------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características demográficas, de formação e de atuação dos cirurgiões dentistas da rede pública municipal que atuam na Estratégia Saúde da Família. Florianópolis, 2013.....	38
Tabela 2: Características do processo de trabalho dos cirurgiões dentistas da rede pública municipal que atuam na Estratégia Saúde da Família. Florianópolis, 2013.....	39
Tabela 3: Procedimentos clínicos definidos pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde realizados pelos profissionais odontólogos na Estratégia Saúde da Família. Florianópolis, 2013.....	42
Tabela 4: Distribuição da frequência do conhecimento dos cirurgiões dentistas da rede pública municipal sobre suas atribuições na Estratégia Saúde da Família. Florianópolis, 2013.....	43
Tabela 5: Desafios para o trabalho na Estratégia SF apontados pelos cirurgiões dentistas da rede pública de saúde. Florianópolis, 2013.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CD – Cirurgião-dentista
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
PET – Programa de Educação para o Trabalho
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SB – Saúde Bucal
SF – Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo Geral	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3 REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1 Estratégia Saúde da Família	27
3.2 Odontologia na Estratégia	28
3.3 Processo de Trabalho	30
4 METODOLOGIA	35
5 RESULTADOS	37
6 DISCUSSÃO	47
7 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A	59
APÊNDICE B	63
APÊNDICE C	65

1 INTRODUÇÃO

Historicamente a saúde no Brasil esteve fundamentada no modelo biomédico que dá ênfase a atenção curativa e reabilitadora, centrada nas especialidades e no atendimento hospitalar. Estima-se, porém, que 80 a 90% dos problemas de saúde mais prevalentes da população são resolvidos no primeiro nível de atenção, se esse serviço for ofertado com qualidade (LACERDA, TRAEBERT, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS), implantado e regulamentado a partir da década de 1990, aponta em seus princípios e diretrizes para a necessária revisão e reversão desta prática, e orienta para adoção de um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade da atenção. Ao longo desse período de implantação vários programas e ações avançaram nessa direção.

O Programa Saúde da Família iniciado em 1994 com equipes formadas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários é uma destas experiências (MENDES, 2002). O propósito inicial do Programa era levar atenção básica à população carente e regiões mais pobres, não agindo somente no indivíduo, mas no núcleo familiar e na comunidade na qual ele está inserido. Hoje o PSF tornou-se Estratégia Saúde da Família e está inserido na atenção básica como estratégia de organização do serviço de saúde. Compreende-se que sua diretriz é reorientar o modelo antigo de saúde com equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área delimitada. A equipe é responsável por ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e pela manutenção da saúde da comunidade. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento das famílias (BRASIL, 2011).

Somente após sete anos da implantação da Estratégia aconteceu o ingresso da Odontologia na Equipe de Saúde da Família (ESF), e esse ingresso não ocorreu uniformemente: algumas equipes de saúde não contam com Equipe de Saúde Bucal (ESB).

Como comentado anteriormente, a maioria das questões de saúde podem ser resolvidas no nível de atenção primária, caso esse serviço seja de qualidade. A Estratégia SF apesar dos inúmeros avanços, ainda apresenta problemas, como por exemplo: a compreensão da população sobre o papel da Estratégia, sua resolubilidade e responsabilidade, para confiar a ela sua demanda buscando esse nível de

atenção no primeiro momento que necessitar e, assim, diminuir a demanda no serviço terciário. Por outro lado há a conscientização dos profissionais da equipe sobre suas responsabilidades e atribuições. No trabalho de Faccin, Sebold & Carcereri (2010), um cirurgião-dentista entrevistado mostrou não conhecer o trabalho na Estratégia SF: “*A principal dificuldade, primeiro é eu saber o que é PSF!*”. Muitos profissionais não foram capacitados para o trabalho. Ainda em entrevista, outro CD afirmou: “*Nós não estamos capacitados pra isso*”.

Entende-se que a qualificação da atenção passa inicialmente por profissionais estimulados e conscientes de seu papel, inclusive para exigir melhores condições de trabalho. Neste trabalho trataremos especificamente do conhecimento dos cirurgiões dentistas inseridos da Estratégia Saúde da Família de uma capital catarinense. A pergunta que orientou a pesquisa foi: o que conhecem os cirurgiões dentistas sobre as atribuições de sua categoria profissional na Estratégia Saúde da Família?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas da rede pública de Florianópolis sobre as atribuições na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características do processo de trabalho da Odontologia na Equipe de Saúde da Família;
- Verificar se há diferença do nível de conhecimento dos dentistas segundo características demográficas, de formação e de atuação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Estratégia Saúde da Família

Há três interpretações para atenção primária à saúde (MENDES, 1999 apud MENDES, 2002). A atenção primária seletiva, proposta para populações e regiões pobres, fazendo uso de tecnologias simples, com profissionais pouco qualificados. A atenção primária como nível primário do serviço de saúde, quando o serviço de saúde atua como porta de entrada do sistema, tem função resolutiva sobre os problemas mais comuns para minimizar custos e satisfazer a demanda da população. Por fim, há a atenção primária como estratégia de organização do serviço de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) adota essa última por ser mais ampla, pois engloba as duas primeiras formas organizacionais; satisfaz as necessidades da população em um sistema integrado de serviços de saúde.

A Atenção Primária no SUS é uma importante porta de entrada no sistema com ampla cobertura por garantir acesso a toda população; aumenta a resolubilidade dos casos ao estabelecer sistema de referência e contra-referência; e deve se pautar no modelo de atenção baseado na Vigilância em Saúde.

Em 1990, quando da criação do SUS, houve a substituição do modelo de atenção anterior, biomédico, o qual estava baseado em um modelo curativo, flexneriano. A Estratégia Saúde da Família, antigo Programa Saúde da Família, foi criada para consolidar a Atenção Básica. Teve sua origem no Ceará com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde que visava diminuir a mortalidade infantil. Vendo que era uma estratégia válida e já consolidada em países como Canadá e Inglaterra, o governo brasileiro resolveu incorporar outros profissionais para atuar em conjunto com os agentes e, assim, integralizar melhor o atendimento

O Programa Saúde da Família iniciou-se em 1994 com equipes formadas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários (MENDES, 2002). O propósito inicial do Programa era levar atenção básica à população carente e regiões mais pobres, não agindo somente no indivíduo, mas no núcleo familiar e na comunidade na qual ele está inserido.

A Estratégia Saúde da Família é tida pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica para reorientar o processo de trabalho e ampliar a resolutividade na situação de saúde da população. Orienta-se pelos seguintes princípios: *adscrição de clientela* (vínculo permanente estabelecido entre os profissionais e a população), *territorialização* (mapeamento e seguimento da população por território), *diagnóstico da situação de saúde da população* (análise feita através da territorialização e cadastramento das famílias de uma área) e *planejamento baseado na realidade local* (programação de atividades de acordo com as características da população estudada).

Uma Equipe de Saúde da Família é composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família a Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. A ESF pode contar também com Equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando-se a Equidade: quanto mais vulneráveis as pessoas de uma área, menor deve ser a quantidade de pessoas por Equipe (Política Nacional de Atenção Básica, 2012)).

3.2 Odontologia na Estratégia

A Odontologia historicamente é uma profissão ou excluída ou excludente. Talvez por, no começo do século XIX ter sido uma profissão essencialmente prática; ou porque o serviço odontológico era considerado supérfluo ou secundário; ou ainda por ter existido muita competição inicial, já que a Odontologia era exercida por barbeiros, ferreiros, ourives, relojoeiros, boticários, médicos e formou-se uma “batalha pelo monopólio profissional (...), construção de estratégias de legitimação profissional” (CARVALHO, 2003: Pág. 47). As batalhas ocorreram entre grupos de dentistas, por divergências de opiniões e entre os dentistas e as outras profissões que praticavam a Odontologia.

Na Estratégia Saúde da Família a exclusão também ocorreu. Somente após sete anos da sua implantação aconteceu o ingresso da Odontologia na Equipe de Saúde da Família, e esse ingresso não ocorreu

universalmente: algumas equipes de saúde não contam com Equipe de Saúde Bucal (ESB).

A Odontologia foi implantada na ESF em 2001, por pedidos da população e dos profissionais odontólogos. A Equipe de Saúde Bucal pode ser constituída por um cirurgião dentista (CD), um técnico em saúde bucal (TSB) e um auxiliar em saúde bucal (ASB). Cada um tem suas atribuições específicas dentro da Equipe.

A inclusão da Odontologia aconteceu sob duas formas. A modalidade 1, composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal; e a modalidade 2, a qual insere, além dos profissionais da modalidade 1, mais um técnico em saúde bucal. A modalidade 1 é a mais encontrada nas Equipes de Saúde da Família que têm ESB. O quadro 1 mostra a evolução do número de ESF e Equipes de Saúde Bucal com a divisão das duas modalidades no município de Florianópolis no período de novembro de 2004 a fevereiro de 2013.

ANO	ESF	ESB Mod. I	ESB Mod. II
2004	48	08	01
2013	111	52	07

Quadro 1: Evolução da organização das ESB no Brasil de 1998 a 2013.
Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2013.

“Na prática, a inclusão da Odontologia representou na maioria dos casos apenas uma duplicação de carga horária para os profissionais” (LACERDA, TRAEBERT, 2006). Essa sentença é confirmada por trabalho desenvolvido por Faccin, Sebold & Carcereri (2010). Em entrevista, um profissional da ESB respondeu à pergunta sobre mudanças em suas práticas na ESF com a seguinte frase: “*Na prática, o que o PSF fez: ampliação da jornada de trabalho e uma gratificação a mais por conta disso*”.

Isso acontece devido a, durante a graduação, o aluno ser formado majoritariamente para práticas clínicas individuais, atuando somente com colegas da própria área de formação, não havendo integração com outros cursos. Além de ter sua formação centrada no modelo flexneriano. Em pesquisa feita por Loch-Neckel, *et al*, 2009, em centros de saúde em um município do sul do Brasil com profissionais atuantes na ESF, verificou-se que apenas 46,8% dos entrevistados possuíam formação na área de saúde pública.

3.3 Processo de Trabalho

O processo de trabalho, que deveria estar centrado na vigilância em saúde encontra barreiras na formação dos profissionais, já que o foco de sua formação é voltado para a cura, e não a prevenção de doenças; voltado não para ações de coletividade, mas para o indivíduo e o seu processo de doença (ROSA & LABATE, 2005). Na Estratégia há também mais um desafio para o profissional, que é o de trabalhar em conjunto com profissionais de áreas diferentes da sua para resolver os problemas que surgem na comunidade. Em um consultório ou clínica particular, os profissionais são responsáveis pelos pacientes que os procuram. Na Estratégia SF, eles são responsáveis por toda população incluída em sua área de atuação, sendo o profissional procurado por essa população ou não.

Muito mudou desde a implantação da Estratégia na Atenção Básica, porém. A PNAB 2012 (Política Nacional de Atenção Básica) preconiza educação permanente para as equipes de atenção básica. Nesse processo educativo, os profissionais são instigados a possuir maior capacidade de análise, a ter maior autonomia e a intervir mais no processo de saúde dos usuários e mesmo na gestão da sua Unidade de Saúde. A educação permanente visa à aquisição ou à atualização de conhecimentos e habilidades para o enfrentamento de desafios no processo de trabalho dos profissionais. Visa também ao planejamento de ações de educação no cuidado nos serviços de saúde. Os profissionais são estimulados a cooperar entre si, trocando experiências e discutir situações que ocorrem na população adscrita.

As características do processo de trabalho na Atenção Básica são definidas pela Política Nacional de Atenção Básica. Dentre elas, destaca-se:

I Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes. Percorrer o território de atuação é essencial para o desenvolvimento do trabalho, já que, assim, se conhece as características da população estudada e pode-se desenvolver políticas de atenção voltadas para essa população.

II Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde.

III Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco.

IV Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.

V Realizar atenção à saúde em outros locais além da Unidade Básica que comportem a ação planejada.

VI Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população.

VII Desenvolver ações intersetoriais.

VIII Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde.

Cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O cirurgião-dentista da Equipe deve ter carga horária de 40 horas semanais. Dessas horas, 32 de vem ser dedicadas à Estratégia Saúde da Família; as 8 horas restantes podem ser dedicadas a atividades como especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional, educação permanente.

De acordo com a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, os procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista na Atenção básica são os descritos a seguir:

- a) Pequenas cirurgias;
- b) Drenagem de abscessos;
- c) Frenectomia;
- d) Exodontia;
- e) Glossorrafia;
- f) Tratamento hemorragia;
- g) Tratamento de alveolite;
- h) Ulotomia/ Ulectomia;
- i) Capeamento pulpar;
- j) Restaurações;
- k) Acesso à polpa dentária;
- l) Curativo de demora;
- m) Pulpotomia;
- n) Raspagem, alisamento, polimento sub e supragengivais;
- o) Manutenção periódica de prótese bucomaxilofacial; moldagem para construção de próteses dentárias.

Em estudo realizado por Pimentel et al (2010) intitulado Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE), obteve-se dados sobre o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas atuantes na rede pública. Quanto ao planejamento através de levantamento epidemiológico, pôde-se constatar que a maioria dos profissionais não utiliza nenhuma forma de planejamento das suas ações. Muitos dentistas afirmaram não fazer ações de promoção e prevenção, sob argumento de que não há reconhecimento nem por parte da população, nem por parte das autoridades. Um profissional afirmou que o dentista precisa estar dentro de um consultório para poder fazer o seu trabalho. A integração com a Equipe de Saúde da Família também encontra obstáculos dentre os entrevistados. Alguns tentam, mas não sabem como interagir com os demais profissionais. Um ponto levantado nesse estudo de Pimentel et al (2010) é a referência e contra-referência. Muitos profissionais alegam dificuldades em se conseguir vagas nas especialidades, ficando frustrados com os tratamentos não finalizados de seus pacientes.

Lourenço et al (2009) em sua pesquisa A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais enviaram questionários a 310 municípios para adquirir informações sobre o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Analisaram dados como a periodicidade das reuniões de equipe em cada Unidade. A maior parte afirmou que faz reuniões esporádicas, ou seja, a integração da ESB com a Equipe de Saúde da Família neste estudo também é precária. Boa parte dos profissionais de Minas Gerais faz seu agendamento através de demanda livre, porém mais de 70% dos dentistas afirmaram fazer planejamento das ações. A maioria dos dentistas desse estudo afirmou realizar ações de prevenção e promoção de saúde.

Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte foi um trabalho desenvolvido por Araújo e Dimenstein (2006) o qual traz as características do processo de trabalho de odontólogo inserido na ESF. A maioria dos CD entrevistados afirmou realizar atividades de clínicas como extrações, restaurações, periodontia básica, profilaxia. Afirmaram realizar também atividades de prevenção em crianças. Neste trabalho, pode-se observar a importância que muitos dentistas dão às atividades com crianças; e relatou-se atendimento a grupos prioritários, como hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças.

O estudo realizado por Gonsalves e Oliveira (2009): O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS, descreve o cenário da Equipe de

Saúde Bucal no município de Aracruz, Espírito Santo. Os profissionais sentem-se frustrados com a pouca importância dada à saúde bucal por parte da população. Há também uma superpopulação para alguns CD, já que há uma ESB para duas ESF. Constatou-se nesse trabalho que o processo de trabalho dos dentistas não é orientado epidemiologicamente, o acesso se dá através de livre demanda e não há planejamento, assim como acontece no trabalho de Pimentel et al (2010). Assim como em outros estudos, as ações preventivas são voltadas ao público infantil e há uma restrita aproximação entre os dentistas e o restante da equipe.

Costa et al (2010) constataram que quase 100% dos dentistas por eles entrevistados realiza atividades de prevenção com crianças (Programa Saúde Escolar). Grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos são feitos esporadicamente pelos profissionais. A metade dos entrevistados afirmou realizar seus trabalhos de forma integrada com os demais membros da Equipe. Os dentistas foram questionados se havia um diagnóstico dos fatores de risco da população com a qual trabalha e a maioria falou que não o possui. O trabalho de Costa et al (2010) intitula-se Processo de Trabalho do Dentista na Estratégia de Saúde da Família do município de Parnamirim – RN: Enfrentando os Desafios de um novo modelo de Atenção e foi realizado no Rio Grande do Norte.

4 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido no município de Florianópolis, SC, nas Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde Bucal. É de natureza descritiva observacional de corte transversal.

O universo do estudo foram os 77 cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia SF no município de Florianópolis no ano de 2013. Nesta pesquisa a variável dependente foi o conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o processo de trabalho na ESF e as variáveis independentes: faixa etária (anos), tempo de formação, tempo de atuação na Estratégia SF, formação em saúde pública e atuação junto ao Programa de Educação para o Trabalho (PET).

A coleta de dados foi feita através de questionário elaborado especificamente para projeto. O questionário foi testado em profissionais formados em Odontologia não-atuantes na rede municipal de saúde de Florianópolis e aplicado por uma pesquisadora treinada.

A coleta foi agendada previamente e realizada nas Unidades de Saúde com os cirurgiões-dentistas. Fez-se a coleta de autorização, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); e aplicação do questionário.

Após a coleta os dados foram digitados em planilha Excel. Foi feita análise estatística descritiva e os dados apresentados em tabelas e gráficos de distribuição de frequência. Para a investigação acerca de possível associação entre a variável dependente e as demais foi utilizado o teste Qui quadrado de Pearson e nível de significância 95%. A análise comparativa do conhecimento dos profissionais entrevistados e de seu processo de trabalho segundo suas características demográficas e de formação indicou não haver diferenças estatisticamente significativas e por tal motivos tais dados não foram apresentados no capítulo de resultados

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), órgão vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (sob parecer de número 216.350). As identidades dos participantes mantiveram-se preservadas e os dados coletados utilizados somente para os fins deste estudo. Os dados foram mantidos em sigilo e manipulados apenas pela pesquisadora.

5 RESULTADOS

Foram obtidas 65 respostas à pesquisa o que representa aproximadamente 84,4% da população alvo. Licença médica e período de férias (7,8%), recusas (3,9%) e atuação na coordenação da Unidade de Saúde (3,9%) foram os motivos das perdas.

A tabela 01 apresenta características demográficas, da formação e da atuação da população estudada.

Observa-se discreto predomínio de profissionais do sexo feminino (56,9%). A idade média é de 39,2 anos (DP=10,5) variando entre 25 e 67 anos e mais de 50% dos indivíduos com no máximo 36 anos.

A grande maioria dos cirurgiões dentistas graduou-se na Universidade Federal de Santa Catarina (81,5%). Os demais graduaram-se em diferentes universidades: UNIPLAC (Lages, SC), UNIVALI (Itajaí, SC), USP (SP), UFSM (RS), UFPel (RS), UFRG (RS). O tempo médio de formação foi de 15,8 anos (DP=10,9) com variação entre 2 e 40 anos e a maioria com mais de 10 anos de formação (56,9%)

A maioria da população estudada trabalha em unidades da Regional Continente (26,2%), seguida pela Regional Sul (24,6%). O menor número de profissionais se encontra na Regional Centro, que também tem menor número de Unidades Básicas de Saúde (12,3%).

O tempo médio de atuação dos profissionais na Estratégia Saúde da Família é de 4,5 anos (DP=3,2). A maioria dos dentistas atua há no máximo quatro anos na Estratégia (52,3%) e 25% há menos de dois anos. O profissional com atuação mais recente está lotado há um mês e o com maior tempo de atuação há 13 anos, ou seja, desde sua implantação.

A maioria dos dentistas não é bolsista PET (86,2%) e possui especialização na área de Saúde da Família (64,6%).

Tabela 1: Características demográficas, de formação e de atuação dos cirurgiões dentistas da rede pública municipal que atuam na Estratégia Saúde da Família. Florianópolis, 2013.

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Feminino	37	56,9
Masculino	28	43,1
IDADE		
Até 36 anos	37	56,9
Acima de 36 anos	28	43,1
TEMPO FORMADO		
Acima de 10 anos	37	56,9
Ate 10 anos	28	43,1
LOCAL DE FORMAÇÃO		
UFSC	53	81,5
Outros	12	18,5
REGIONAL		
Continente	17	26,2
Sul	16	24,6
Norte	11	16,9
Leste	13	20,0
Centro	8	12,3
TEMPO ESF		
Até 4 anos	34	52,3
Acima de 4 anos	31	47,7
BOLSISTA PET		
Sim	09	13,8
Não	56	86,2
ESPECIALIZAÇÃO		
Sim	42	64,6
Não	23	35,4

A tabela 02 apresenta características sobre o processo de trabalho em cada Unidade de Saúde.

A quase totalidade dos profissionais participa do planejamento de equipe que é, em sua maioria, de frequência semanal (72,3%).

Dados epidemiológicos são utilizados para orientar o planejamento das ações de 78,5% dos dentistas da ESF de Florianópolis. Um quinto dos entrevistados afirmou não fazer planejamento. As

justificativas para isso foram: a migração da população; a falta de tempo para fazer coleta de dados; o pouco tempo na UBS e inexistência ou falta de acesso a dados epidemiológicos. Ao serem indagados sobre quais eram as situações e populações definidoras de prioridade de atenção em seu processo de trabalho e planejamento os entrevistados afirmaram ser principalmente crianças (75,4%), residentes em áreas de risco social ou sanitário (64,6%), adolescentes (46,2%) e doentes crônicos (13,9%).

Tabela 2: Características do processo de trabalho dos cirurgiões dentistas da rede pública municipal que atuam na Estratégia Saúde da Família. Florianópolis, 2013.

VARIÁVEIS	N	%
TERRITORIALIZAÇÃO		
Sim	57	87,7
Não	07	10,8
Não Respondeu	01	1,5
PLANEJAMENTO DA UBS		
Sim	62	95,4
Não	03	4,6
PERIODICIDADE DE PLANEJAMENTO DA UBS		
Mensal	49	75,4
Semanal ou Quinzenal	06	9,2
Anual ou semestral	04	6,2
Não se aplica	03	4,6
Não respondeu	03	4,6
PLANEJAMENTO DA EQUIPE		
Semanal	47	72,3
Mensal	12	18,5
Quinzenal	04	6,2
Não há reuniões de equipe	01	1,5
Não respondeu	01	1,5
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS		
Sim	51	78,4
Não	13	20,0
Não se Aplica	01	1,5
PRIORIDADE DE PLANEJAMENTO		
Crianças	49	75,4

Residentes em áreas de risco	42	64,6
Adolescentes gestantes	30	46,2
Doentes crônicos	09	13,9
Outros	04	6,1
VAGAS		
Semanal	30	46,2
Diária	19	29,3
Mensal	14	21,5
Outras formas	02	3,0
ATIVIDADE DE GRUPO		
Sim	50	76,9
Não	15	23,1
TIPO DE GRUPO		
Tabagismo	22	33,8
Gestantes	20	30,8
Crianças	14	21,5
Bebês	14	21,5
Diabéticos	11	16,9
Escolares	09	13,8
Idosos	06	9,2
Hipertenso	06	9,2
Adolescentes	03	4,6
Puericultura	03	4,6
Outros	10	15,4

A disponibilidade de vagas para a população em cada Unidade é muito variável, sendo a maioria semanal. Muitas UBS têm acesso diferenciado aos grupos de atenção especial, como por exemplo, crianças e idosos, os quais têm acesso livre; atendimento de urgência sem hora marcada. Em uma Unidade a disponibilidade de vagas se dá três vezes na semana. Em outra, fez-se uma pesquisa com a população para saber qual seria a melhor forma de disponibilização de vagas e a escolha foi quinzenal.

Quanto ao número de pacientes agendados por hora a ampla maioria indicou de um a dois pacientes (96,9%) e o número máximo foi de três pacientes. Quando indagados sobre o número de turnos semanais destinados ao atendimento clínicos quase um terço dos profissionais não soube informar e 36,9% informou reservar de sete a dez turnos. O retorno assegurado até a conclusão do tratamento foi informado por

86,2% dos profissionais. Dois profissionais afirmaram não assegurar retorno aos pacientes limitando o atendimento apenas à queixa principal.

A maioria dos pesquisados (76,9%) afirmou realizar atividades de grupo. Dentre os que mais se destacaram estão o grupo anti-tabagismo (33,8%), com gestantes (30,8%), com crianças (21,5%), com bebês (21,5%), com diabéticos (16,5%).

Quanto ao atendimento clínico, 46 (70,7%) dentistas afirmaram dar prioridade a algum grupo. Dois grupos apresentaram maior percentual de carga horária clínica: crianças e idosos. O grupo de crianças é prioridade para 23 dentistas e destes 12 dentistas destinam mais de 30% de sua carga total para o atendimento. Os idosos são prioridade para 19 dentistas com 14 destinando até 30% de sua carga horária clínica. Adolescentes é o grupo com maior percentual de prioridade no atendimento clínico, considerado por 26 dentistas, dos quais 22 destinam até 20% do tempo total.

A tabela 03 apresenta os procedimentos clínicos definidos pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde realizados pelos profissionais odontólogos na Estratégia Saúde da Família, Florianópolis.

A grande maioria dos pesquisados (96,9%) afirmou fazer aplicação tópica de flúor. Um cirurgião-dentista não se manifestou quanto à raspagem, quanto aos demais, todos a fazem. O procedimento de pulpotomia é realizado por 90,8% dos dentistas.

57 dos entrevistados afirmaram fazer restauração de amálgama. Muitos dentistas afirmaram que não fazem mais, pois só utilizam resina composta. Os dentistas que utilizam o amálgama afirmaram fazê-lo muito pouco. Quase a totalidade dos dentistas realiza exodontias. Outros procedimentos como: tratamento de alveolite, ulotomia, ulectomia pequenas cirurgias, aplicação de selante e capeamento pulpar são realizados pela maioria dos pesquisados.

Apenas um dentista afirmou fazer restauração a pino. Alguns dentistas afirmaram não haver pino para que se possa trabalhar. Remoção de raiz residual é um procedimento realizado por 98,5% dos dentistas. Muitos deles informaram que esse procedimento é o mais realizado entre a população adulta. O tratamento de hemorragia é feito por 80% dos entrevistados.

Tabela 3: Procedimentos clínicos definidos pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde realizados pelos profissionais odontólogos na Estratégia Saúde da Família. Florianópolis, 2013.

PROCEDIMENTOS	N	%
DENTÍSTICA		
Restauração com resina	64	98,5
Restauração de amálgama	57	87,7
Restauração a pino	01	1,5
Aplicação tópica de flúor	63	96,9
Aplicação de selante	54	83,1
PERIODONTIA		
Raspagem	64	98,5
ENDODONTIA		
Pulpotomia	59	90,8
Capeamento pulpar	61	93,8
Abertura coronária e curativo	51	78,5
CIRURGIA		
Exodontia	64	98,5
Remoção de raiz residual	64	98,5
Ulotomia	50	76,9
Ulectomia	39	60,0
Tratamento de alveolite	60	92,3
Tratamento de hemorragia	52	80,0
Pequenas cirurgias	54	83,1
OUTROS	15	23,1

Dentre os outros procedimentos, muito dentistas fazem tratamento restaurador atraumático, ajuste oclusal, tratamento de trauma. Aplicação de cariostático e drenagem de abscesso também foram procedimentos lembrados pelos pesquisados.

Poucos dentistas fazem ajuste em próteses e apenas um afirmou realizar facetas estéticas quando necessário.

A tabela 04 apresenta variáveis referentes às atribuições dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família, preconizadas pelo Ministério da Saúde através do Caderno Atenção Básica e da Política Nacional de Atenção Básica.

Tabela 4: Distribuição da frequência do conhecimento dos cirurgiões dentistas da rede pública municipal sobre suas atribuições na Estratégia Saúde da Família. Florianópolis, 2013.

VARIÁVEIS	N	%
CONHECIMENTO		
Conhece todas	46	70,8
Não Conhece uma	14	21,5
Não Conhece duas	03	4,6
Não Conhece mais de duas	02	3,0
ATRIBUIÇÕES		
Interdisciplinaridade	65	100
Planejamento	64	98,5
Procedimentos clínicos	65	100
Atendimento de urgência	63	96,9
Fatores de risco	65	100
Ação integral em saúde bucal	64	98,5
Referência e contra-referência	62	95,4
Promoção de saúde	63	96,9
Integração com a equipe de SF	63	96,9
Educação de auxiliares	63	96,9
Gerenciamento de insumos	63	96,9
Prevenção de câncer bucal	63	96,9

A maioria dos profissionais conhece todas as atividades inerentes a seu cargo (70,8%). Apenas 3% dos entrevistados não conhece mais de duas atribuições.

Foram de conhecimento de todos os profissionais as seguintes atribuições descritas:

- Interdisciplinaridade. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), o dentista deve acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de forma multidisciplinar.

- Procedimentos Clínicos. Descrita no Caderno de Saúde Bucal nº 17 (BRASIL, 2008), significa que o cirurgião-dentista deve realizar procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento de urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

- Fatores de Risco. Essa atribuição é descrita como parte do processo de trabalho de todos os membros da Equipe, na qual entende-se que se deve desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os

fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.

A atribuição menos conhecida foi encaminhar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento; ou seja: monitorar os casos encaminhados a outros níveis de atenção. Essa competência é descrita no Caderno nº 17 (BRASIL, 2008).

A quase totalidade (98,5%) dos entrevistados conhece as seguintes atribuições descritas na PNAB (BRASIL, 2012): conhecer informações epidemiológicas da população a fim de orientar o planejamento; e realizar ação integral em saúde bucal.

Apenas dois entrevistados não assinalaram as assertivas: realizar atendimento de urgência; participar de ações de promoção de saúde; integrar o seu trabalho com os demais membros da Equipe; contribuir em atividades de educação de auxiliares; e participar do gerenciamento de insumos para o adequado funcionamento da UBS.

A tabela 5 apresenta os desafios apontados pela população estudada na consolidação no trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Tabela 5: Desafios para o trabalho na Estratégia SF apontados pelos cirurgiões dentistas da rede pública de saúde. Florianópolis, 2013.

DESAFIOS	N	%
Atendimento à demanda alta frente não equiparação ESB/ESF	29	44,6
Conscientização da comunidade sobre importância prevenção e trabalho da Estratégia SF	14	21,5
Compreensão da equipe sobre sua atuação na Estratégia SF/ capacitação	14	21,5
Integralidade - Encaminhamentos a especialistas	13	20,0
Melhorar planejamento SB - uso dados epidemiológicos	11	16,9
Trabalho equipe multiprofissional	08	12,3
Implementar ações intersetoriais	06	9,2
Estimular praticar educação permanente	05	7,7

Dentre os desafios apontados pelos entrevistados, a maior parte deles afirmou ser a alta demanda de pacientes frente à equiparação

ESB/ESF. Muitos dentistas afirmaram que trabalham em uma equipe de saúde bucal que atua em duas equipes de saúde da família. Nesse caso, a população preconizada que é de, no máximo 4.000 pessoas para uma equipe, dobra, tornando o trabalho do CD exaustivo e talhado a manter-se essencialmente clínico.

Outros dois grandes desafios apontados foram a conscientização da comunidade frente à prevenção de agravos e a compreensão da Estratégia SF pela Equipe – muitos entendem como necessárias capacitações sobre o trabalho na Estratégia.

Melhorar o planejamento com o uso de dados epidemiológicos, dificuldades no trabalho de equipe (interação multiprofissional), ações intersetoriais e implementação de educação permanente também foram desafios apontados pelos dentistas no trabalho na Estratégia Saúde da Família de Florianópolis.

6 DISCUSSÃO

A taxa de resposta alcançada é considerada satisfatória para estudos dessa natureza. Licença médica ou gozo do direito de férias foram os principais motivos da perda. A coleta dos dados foi realizada nos mês de março de 2013, em que a pesquisadora poderia realizar a coleta, e coincidiu com as férias de alguns profissionais. O percentual de recusas foi de apenas 3,8%. A parceria exitosa entre UFSC e Secretaria Municipal de Saúde e o espírito colaborativo de seus profissionais justifica a boa adesão à pesquisa.

Os resultados aqui apresentados são auto referidos. Não estava previsto a conferência das informações. Isso pode ser considerado uma limitação do estudo. Porém o principal objetivo foi de verificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas do município sobre suas atribuições na Estratégia Saúde da Família. Considera-se que os profissionais não teriam motivos para fornecer informações diferentes do que acontece em seu cotidiano e, portanto julga-se que os dados coletados refletem a realidade.

O grupo entrevistado, em sua maioria, tem mais de uma década de formação, o que confere maior experiência profissional. Espera-se certa homogeneidade no conhecimento uma vez que ampla maioria é egressa de uma mesma instituição, a UFSC. E foi o que se observou. Não houve maiores divergências no conhecimento das atribuições por parte dos profissionais.

Por outro lado esse maior tempo de formado poderia conferir um déficit de formação para atuação na Estratégia Saúde da Família uma vez que sua implantação se deu em 2001, mas sua consolidação só ocorreu em Florianópolis em 2002. Isso não se confirmou na presente pesquisa. Poucos foram os itens de desconhecimento sobre as atribuições e quando ocorreu foi por um reduzido número de profissionais. Talvez o fato de boa parte dos cirurgiões dentistas possuir formação específica na área da Saúde Pública tenha auxiliado para isso. A formação na área é importante e também foi pesquisado por Lourenço et al (2009) encontrando um percentual de 49% dos profissionais sem formação específica para atuação na Estratégia SF. Na cidade de Aracruz, Espírito Santo, a metade dos entrevistados possui especialização em Saúde da Família (Gonsalves e Oliveira, 2009). No estudo de Costa et al (2010) realizado no Rio Grande do Norte, a maioria dos profissionais (66,8%) não possui cursos na área de saúde

pública ou qualquer capacitação que possibilite o seu trabalho nas Equipes de Saúde da Família.

Com dez anos de implantação, o vínculo dos profissionais com a Estratégia em Florianópolis é muito recente. O tempo médio de trabalho na ESF foi de 4,5 anos. Esse comportamento é semelhante ao que se observa em outros locais, como por exemplo em Minas Gerais e no Rio Grande do Norte onde o tempo de atuação dos dentistas foi de 2 a 3 anos (Araújo e Dimenstein, 2006; Lourenço et al, 2009).

No estudo realizado no Espírito Santo por Gonsalves & Oliveira (2009), 83% dos dentistas atua na Estratégia SF há 3 anos ou mais. Na pesquisa de Lourenço et al (2009), a maioria dos entrevistados trabalha na Estratégia SF há menos de 1 ano e apenas 10% está contratado há mais de três anos.

As informações sobre as características do processo de trabalho podem ser reflexo, em parte, do quanto os profissionais colocam em prática suas atribuições.

A atribuição de realizar o planejamento e programação das ações adequados às necessidades da população pode estar refletida nas ações de territorialização e uso de dados epidemiológicos. A ampla maioria dos profissionais afirmou realizar tais atividades, com menor percentual para o segundo. Apesar de reduzido o número de profissionais que não faz uso de dados epidemiológicos em seu planejamento é recomendável que sejam estimulados a rever tal posicionamento. Um dos dentistas pesquisados afirmou: “... *acho que eu já deveria ter conseguido fazer esse reconhecimento!! Tenho que melhorar nesse aspecto.*”. No estudo de Lourenço et al (2009), 70% dos dentistas afirmou fazer planejamento do seu trabalho, indo ao encontro do constatado na pesquisa ora realizada. No estudo de Gonsalves & Oliveira (2009), constatou-se que “o processo trabalho dos cirurgiões-dentistas não é orientado epidemiologicamente e a organização da atividade é guiada pela livre demanda”. No estudo realizado por Costa et al (2010), a maioria (60%) dos dentistas afirmou não possuir o perfil epidemiológico da população com a qual trabalha. Em estudo realizado por Pimentel et al (2010), quando questionados se fazem levantamento epidemiológico para planejamento e programação das ações foi verificado que a maioria não faz. Os fatores que obstaculizaram foram falta de tempo, falta de estrutura, falta de orientação. No presente estudo as escusas foram similares: falta de tempo para planejar, falta de transporte; alguns dentistas estavam há pouco tempo na Unidade; um dentista afirmou que, por se tratar de área de risco, é necessário a presença de policiamento; um afirmou que fez parcialmente, devido às

distâncias muito grandes entre as localidades. Essa não é a realidade de Florianópolis que dispõe de dados recentes. O município tem um histórico de levantamentos epidemiológicos com periodicidade adequada à instrumentalização das ações, tendo no último levantamento nacional de saúde bucal, o SB Brasil em 2010, ampliado a amostra com recursos próprios para assegurar a representatividade local das informações (BRASIL, 2011).

A integração da equipe de saúde bucal com os demais profissionais se dá de diferentes formas. Neste estudo buscou-se a informação da participação do dentista nas atividades de planejamento geral da Unidade de Saúde e da Equipe. Observou-se ampla participação no planejamento da unidade e um pouco menos, mas ainda assim expressivo percentual de participação nas atividades de planejamento da equipe. O resultado encontrado foi superior aos 63% de participação encontrado por Lourenço et al (2009) em sua pesquisa no estado de Minas Gerais. A falta de tempo frente à agenda e demanda foram as justificativas usadas para a não participação nestas atividades, aspecto esse coincidente e frequente nos estudos que abordam o tema.

Na pesquisa de Costa et al (2010), apenas a metade dos dentistas entrevistados afirmou procurar trabalhar em colaboração com os demais membros da Equipe. Em Florianópolis, mais de 70% dos dentistas afirmaram fazer reuniões semanais com a Equipe de Saúde da Família. Muitos também afirmaram realizar trabalhos como atividades de grupo e atendimento clínico em conjunto com os demais profissionais. No estudo de Pimentel et al (2010), observou-se falta de entrosamento entre a ESB e os demais membros da Estratégia SF. No estudo de Lourenço et al (2009) a periodicidade das reuniões de Equipe se dá, em sua maioria, esporadicamente, aproximadamente 17%, porém afirmou que há reuniões semanais. De acordo com o artigo de Lourenço et al (2009), a “precarização das relações de trabalho dos profissionais das ESF é um dos grandes problemas ainda enfrentados no desdobramento dessa estratégia”

Outro aspecto estudado para verificar a integração com os demais profissionais da Estratégia SF foi a realização de trabalhos conjuntos, referido por 83,1% dos entrevistados, majoritariamente alocado nas atividades de grupo. A falta de entrosamento com os demais profissionais e a não programação das ações em conjunto foram as justificativas dos profissionais que não trabalham de forma interdisciplinar. Tais argumentos coincidem com trabalhos revisados (Araújo e Dimenstein, 2006; Lourenço et al, 2009).

Crianças continuam sendo o grupo de maior prioridade nos planejamentos das ações de saúde bucal e na priorização do atendimento clínico, referido pela maioria dos profissionais: em estudo realizado no Rio Grande do Norte por Costa et al (2010), menos da metade dos dentistas entrevistados afirmou sempre fazer trabalhos de grupo na UB, porém quase a totalidade desses profissionais executam o Programa Saúde do Escolar, dando ênfase a tratar crianças, assim como muitos dentistas da rede pública de Florianópolis afirmaram fazer neste estudo com mais de 75% dos profissionais afirmou dar prioridade ao atendimento a crianças. Grupos com hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos foram citados na pesquisa de Costa et al (2010). Esses grupos também fazem parte da rotina de muitos dentistas da pesquisa ora realizada e estão incluídos nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, (Brasil, 2012) como fatores de risco e proteção a serem abordados. No trabalho de Araújo e Dimenstein (2006), a maioria dos entrevistados afirmou realizar atendimento a grupos prioritários, bem como ocorre em Florianópolis. Em estudo feito no Rio Grande do Norte muitos dentistas entrevistados afirmaram que só fazem o trabalho clínico, pois a demanda é muito grande (ARAÚJO, DIMENSTEIN, 2006). Essa foi uma questão levantada por muitos dentistas de Florianópolis como justificativa para não realizar trabalhos de prevenção e de grupos.

No estudo de Costa et al (2010), mais de 90% dos dentistas informaram que o acesso da população ao atendimento se dá por agendamento prévio, enquanto que 6,7% acontece através de livre demanda; o agendamento é diário ou semanal. No presente estudo, pouco menos da metade dos dentistas afirmou que o acesso ao atendimento se dá semanalmente. No estudo de Lourenço et al (2009), a organização da agenda se dá em 40% dos casos por livre demanda.

Em estudo realizado no Rio Grande do Norte por Araújo, Dimenstein (2006) os dentistas afirmaram realizar atividades como extrações, restaurações, periodontia básica, profilaxia, colocação de curativos endodônticos, aplicação de flúor. Um dentista entrevistado comentou que o procedimento que mais faz é a exodontia, pois as pessoas não querem restauração: a restauração pode cair e talvez não tenha outro dentista para fazer novamente. Em Florianópolis, um dentista afirmou que o procedimento que mais realiza é a remoção de raiz residual.

Em trabalho desenvolvido por Faccin, Sebold & Carcereri (2010), um profissional entrevistado mostrou seu descontentamento com o sistema de referência a especialidades: “...*tinha dias que ficava com*

raiva, porque você trepanava, ... fazia o curativo, mas com certeza dois meses depois ele vai voltar para você fazer extração...". Treze profissionais entrevistados em Florianópolis sugeriram o mesmo problema. No trabalho de Pimentel et al (2010), observou-se o mesmo problema relatado pelos CD: *“a dificuldade é vaga.”*

A conscientização da comunidade foi um desafio levantado por 14 dentistas entrevistados. Em trabalho de Araújo, Dimenstein (2006), quando questionado sobre trabalhos de prevenção, um dentista afirmou que tentou fazer trabalho de prevenção e orientação com uma gestante, porém ela não gostou: *“Eles só vão se tiver algo em troca.”*

Oito profissionais entrevistados afirmaram encontrar problemas na interação com os demais membros da Equipe. Essa dificuldade de relação é encontrada também no estudo de Araújo e Dimenstein (2006), no qual a maioria dos entrevistados referiu que há falta de integração com outros profissionais da Equipe, principalmente o Agente Comunitário de Saúde.

Por fim, a grande maioria dos dentistas entrevistados neste estudo afirmou que um grande desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família é o atendimento à alta demanda frente à não equiparação entre ESF e ESB. Em muitas Unidades há uma ESB para duas ou três ESF. Para os dentistas, é custoso trabalhar com uma demanda reprimida clinicamente e fazer atividades preventivas. Lourenço et al (2009) em seu estudo, entrevistou um cirurgião-dentista sobre esse aspecto: *“somos um dentista para duas ESF. A necessidade curativa não nos permite atender a filosofia de prevenção e promoção.”* Essa é uma realidade comum a maioria dos municípios brasileiros que ainda não conseguiram alocar a equipe de Saúde Bucal na mesma proporção da ESF, equívoco que tem origem na inclusão da odontologia na Estratégia Saúde da Família nos anos 2000 e que dificulta o processo de trabalho dos profissionais e a oferta de uma odontologia de qualidade.

7 CONCLUSÃO

O conhecimento dos profissionais odontólogos em Florianópolis sobre suas atribuições na estratégia Saúde da Família é satisfatório. A quase totalidade conhece todas as atribuições indicadas pelo Ministério da Saúde ou desconhece no máximo uma delas.

O processo de trabalho mostrou proximidade com o conhecimento aferido, onde as atividades correspondentes são realizadas pela maioria dos profissionais.

Observou-se uniformidade no conhecimento e ausência de associação com aspectos de formação e local de atuação.

A integração da equipe e a articulação com a população foram desafios apontados pelos profissionais e que podem ser atenuados com atividades de educação permanente e educação em saúde.

Problemas relativos à garantia de acesso à especialidade apontada no tópico referência e contra referência e a relação profissional-população são aspectos que merecem atenção urgente da gestão local, uma vez que interferem diretamente na integralidade da atenção, princípio básico do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Y. P; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho de cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11 (1):219-227, 2006.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 26 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENAES, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Nº 17: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, C. L. **Dentistas práticos no Brasil**: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, R. M; JÚNIOR, A. M; COSTA, I. C. C; PINHEIRO, I. V. A. Processo de Trabalho do Dentista na Estratégia de Saúde da Família do

Município de Parnamirim-RN: Enfrentando os Desafios de um Novo Modelo de Atenção. Ver *Odontol Bras Central*, 19(51), 2010.

FACCIN, D; SEBOLD, R; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, 15 (Supl. 1): 1643-1652, 2010.

FRANCO, T; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Belo Horizonte/ Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em 18 out. 2011.

GONSALVES, E. M. B; OLIVEIRA, A. E. O Processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 11(3):44-51, 2009.

LACERDA, J. T; TRAEBERT, J. L. A odontologia e a estratégia saúde da família. Tubarão: Ed. Unisul, 2006.

LOCH-NECKEL, G; SEEMANN, G; EIDT, H. B; RABUSKE, M. M; CREPALDI, M. A; Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl.1): 1463-1472, 2009.

LOURENÇO, E. C; SILVA, A. C. B; MENEGHIN, M. C; PEREIRA, A. C; A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1): 1367-1377, 2009.

MARTELLI, P. J. L; MACEDO, C. L. S. V; MEDEIROS, K. R; SILVA, S. F; CABRAL; A. P. S; PIMENTEL, F. C; MONTEIRO, I. S; Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia Saúde da Família em municípios do estado do Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 2): 3243-3248, 2010.

MATTIONI, F. C; BUDÓ, M. L. D; SCHIMITH, M. D; O exercício da integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: saberes e práticas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun, 20(2): 263-71, 2011.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

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

SILVA, S. F.; MARTELLI, P. J. L; SÁ, D. A; CABRAL, A. P; PIMENTEL, F. C; MONTEIRO, I. S; MACEDO, C. L. S. V; Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas da Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1): 211-220, 2011.

SOUSA, M.F. de; HAMANN, E. M; Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva* 14 (1): 1325-1335, 2009.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS SOBRE SUAS ATRIBUIÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: JOSIMARI TELINO DE LACERDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01789612.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 216.350

Data da Relatoria: 11/03/2013

Apresentação do Projeto:

CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS SOBRE SUAS ATRIBUIÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Trabalho de conclusão de curso de Carolina Meurer sob a orientação de Josimari Telino de Lacerda. O estudo será desenvolvido no município de Florianópolis, SC, nas Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde Bucal. Terá natureza exploratória descritiva observacional transversal. O universo do estudo será os 50 cirurgiões-dentistas (43 da modalidade I e 7 da modalidade II) atuantes na ESF no município de Florianópolis no ano de 2011 (BRASIL, 2011). Nesta pesquisa a variável dependente será o nível de conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o processo de trabalho na ESF e as variáveis independentes: faixa etária (anos), tempo de formação, tempo de atuação na ESF, formação em saúde pública e atuação junto ao Programa de educação para o Trabalho (PET). A coleta de dados será feita através de questionário elaborado especificamente para projeto. O questionário será testado em profissionais formados em Odontologia não-atuantes na rede municipal de saúde de Florianópolis e aplicado por uma pesquisadora treinada. A coleta será agendada previamente e realizada em reunião que ocorre periodicamente entre os CD do município.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar o nível de conhecimento dos cirurgiões dentistas da rede pública sobre suas atribuições na Estratégia Saúde da Família.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

- Identificar as características do processo de trabalho da Odontologia na Equipe de Saúde da Família;
- Verificar se há diferença do nível de conhecimento dos dentistas segundo características demográficas, de formação e de atuação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora refere que "Não há riscos.". No entanto deve ponderar que numa avaliação desse tipo, as perguntas podem eventualmente ser constrangedoras. Outro risco a ser ponderado é a questão da confidencialidade e do anonimato. Como benefícios listados pela autora estão o de poder verificar o conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre a Estratégia Saúde da Família e, assim, poder identificar pontos frágeis no processo de trabalho e instrumentalizar ações de melhoria da Atenção Básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo tem o propósito de cumprir um TCC e está adequadamente escrito e metodologicamente adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos exigidos para a submissão estão presentes e esse exame atual se deve ao recurso em que está sendo apresentado um cronograma que assegura que a motivação para a sua não aprovação (coleta de dados já iniciada) decorreu de demora no tramite para a submissão. Lembramos que a apresentação do novo cronograma explicita o compromisso legal e ético de que o início da coleta de dados não foi iniciada.

Recomendações:

Nada a considerar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pelo exposto, somos de parecer a aceitar o recurso e recomendamos a aprovação do presente estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa para saber o nível de conhecimento dos dentistas da rede municipal de saúde de Florianópolis sobre as atribuições na Estratégia Saúde da Família. Pesquisa faz parte dos itens obrigatórios de formação de cirurgiões dentistas do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina e comporá o Trabalho de Conclusão de Curso da pesquisadora Carolina Meurer sob orientação da professora Josimari Telino de Lacerda.

O participante responderá a um questionário com perguntas relativas ao processo de trabalho que realiza e ao elenco de atividades que considera atribuição do profissional dentista na Estratégia Saúde da Família. As perguntas são concisas, não há riscos ou desconforto aos participantes.

O participante terá suas dúvidas esclarecidas a qualquer momento da pesquisa e poderá recusar ou retirar o consentimento sem qualquer tipo de malefício.

A identidade dos participantes será preservada. Os dados obtidos com esta pesquisa serão mantidos em sigilo e manipulados apenas pelos pesquisadores.

Assim solicitamos sua colaboração participando do trabalho e respondendo ao questionário que lhe será entregue em local e horário previamente agendado. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos pelo telefone (48) 9122-0664 ou e-mail meurer.carol@gmail.com

Atenciosamente

Josimari Telino de Lacerda
Meurer
e-mail: jtelino@ccs.ufsc.br
meurer.carol@gmail.com

Carolina

e-mail:

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
declaro que li e entendi os termos da pesquisa e concordo em tomar
parte da mesma.

Assinatura: _____

Florianópolis, _____ de _____ de 20__.

APÊNDICE C**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA****PESQUISA: CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS
SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA****QUESTIONÁRIO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

_____.

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____.

Ano de formação na graduação: _____. Local _____ da

graduação: _____.

Unidade _____ de

Saúde: _____.

Tempo que atua na ESF: _____.

Bolsista

PET: () Sim () Não

Especialização da Saúde da Família ou similar: () Sim () Não

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

1- Analise as assertivas abaixo e indique com X a(s) que você considera atribuição (ões) do cirurgião dentista na Equipe de Saúde da Família:

a. () Atuar de forma interdisciplinar e multiprofissional, o que significa interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atento ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido

b. () Promover ações intersetoriais. A intersetorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: tais como a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social

c. () Conhecer as necessidades de saúde bucal da população sob sua responsabilidade através de informações epidemiológicas com a

finalidade orientar o planejamento e a programação em saúde bucal

d. () Realizar procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo pulpotomias e pequenas cirurgias ambulatoriais

e. () Garantir procedimentos conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência

f. () Garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar o acesso a cuidados complementares em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) quando necessário

g. () Trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo

h. () Realizar atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a

indivíduos e grupos específicos, de acordo com o planejamento local, de forma resolutiva

i. () Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento. Na prática isso implica em monitorar os casos encaminhados a outros níveis de atenção

j. () Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais. As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD.

k. () Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar

l. () Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF

m. () Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS

n. () Realizar atividades rotineiras de prevenção e controle do câncer bucal

o. () Adotar medidas estratégicas, como aporte científico e inovador para ampliar o acesso à assistência, a exemplo do tratamento restaurador atraumático (ART) e dos procedimentos periodontais de menor complexidade

As questões seguintes tratam do seu processo de trabalho na Unidade de Saúde.

2- Você já percorreu o território da sua área de trabalho?

() Sim () Não Se respondeu não, justifique: _____

_____.

3- Você participa de atividades de planejamento geral das ações da sua US?

() Sim () Não Se respondeu não, justifique:

Se sim, com qual periodicidade elas acontecem?

Obs: Essa atividade diz respeito ao planejamento geral das atividades da UBS e não de sua equipe

4- Qual a periodicidade das reuniões de planejamento da equipe em sua US?

() não há reuniões de equipe () semanal () quinzenal () mensal

() Outro: _____

5- Você usa dados epidemiológicos para fazer planejamento de suas ações?

() Não faço planejamento () Sim uso dados

() Não uso dados

Se respondeu não, justifique:

_____.

Se sim, indique quais as situações e populações são definidoras de prioridade de atenção no seu processo de trabalho e planejamento:

() Crianças menores que 5 anos () Adolescentes grávidas

() Tuberculose () Hipertensão ()

Hanseníase () Idosos () População residentes

em precárias condições sócio-sanitárias (lixões, animais soltos, esgoto a céu aberto) () Outros:

_____.

6- A disponibilidade de vagas para o atendimento em saúde bucal na sua Unidade de Saúde é?

() Diária () Semanal () Mensal

() Outro:

_____.

7- O acesso ao atendimento odontológico se dá por:

- Ordem de chegada com limite de fichas
- Ordem de chegada sem limite de fichas e posterior agendamento
- Ordem de uma lista de espera
- Agendamento prévio com hora marcada
- () Outro.

Especifique _____

8- Quantos pacientes são agendados por hora de atendimento clínico? _____

9- Quantos turnos semanais são destinados ao atendimento clínico? _____

10- Uma vez o paciente agendado e examinado como se dará o seguimento do tratamento?

- Retorno agendado até concluir necessidades
- Número fixo de retornos e, se o paciente necessitar um maior número, deverá voltar para o agendamento

() Atendimento à queixa principal sem assegurar retorno

()

Outro: _____

_____.

11- Você realiza atividades de grupo?

() Sim () Não

A quais grupos atende?

_____.

12- Quantos turnos semanais você disponibiliza para atividades de prevenção ou promoção em saúde? _____

13- Dá prioridade de atendimento clínico a algum grupo?

() Sim () Não

Se sim, Indique qual e, ao lado, indique o percentual de distribuição de atendimento

() Criança: _____ () Adolescente:

() Adulto: _____ () Idoso:

Se respondeu afirmativamente à questão anterior indique como define a prioridade

() Levantamento epidemiológico

() Normatização da prefeitura

() Conhecimento científico

() Outro. Especifique:
_____.

14- Marque com um X os procedimentos que realiza na assistência básica:

() Aplicação tópica de flúor () Aplicação de selante

() Raspagem, alisamento e polimento ()
Capeamento pulpar

Pulpotomia

Restauração a pino

Restauração com amálgama

Restauração com resina

Exodontia Remoção

de raiz residual

Tratamento de alveolite Tratamento de

hemorragia

Ulotomia

Ulectomia

Pequenas cirurgias Outros.

Especifique: _____

_____.

15- Você realiza trabalho com outros profissionais da Equipe de Saúde da Família?

Sim Não **Se sim, que profissional e que**

atividade desenvolve?

16- Quais os maiores desafios no trabalho na Estratégia Saúde da Família?
