

Trabalho de conclusão de curso

A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PLANEJAMENTO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS,SC

Luiza Rossini de Moura



Universidade Federal de Santa Catarina

Curso de Graduação em Odontologia

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

Luiza Rossini de Moura

**A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PLANEJAMENTO DA EQUIPE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para conclusão do curso de graduação em odontologia.

Orientador: Prof^a. Dra. Claudia Flemming Colussi.

Florianópolis

2017

Luiza Rossini de Moura

**A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PLANEJAMENTO DA
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SC**

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

Florianópolis, 19 de Maio de 2017

Banca examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Cláudia Flemming Colussi

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Daniela Alba Nickel

Universidade Federal de Santa Catarina

Marynes Terezinha Reibnitz

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

*Dedico este trabalho à meus pais **Luciani e Emanuel** por
todo incentivo e por serem meu maior exemplo de amor e
integridade.*

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a Deus, por atender aos meus pedidos e confortar meu coração nos momentos de angústia. Obrigada por me cercar de tanto amor e alegria nessa vida e por me rodear de tantas pessoas incríveis.

Agradeço à meus pais por toda a dedicação ao meu futuro, por nunca medirem esforços para que eu atingisse meus objetivos, e principalmente por serem meu espelho e eterno porto seguro.

À minha irmã Paula, por fazer parte da minha vida e me ensinar que na diferença pode existir muito amor .

À minha tia Elizete e à meus avós, por toda dedicação, carinho e amor incondicional.

Aos meus amigos da 12.2 por fazerem desses anos os melhores possíveis. Obrigada por serem o motivo dos momentos mais felizes e inesquecíveis da minha vida.

Agradeço especialmente às minhas amigas de apartamento, Gabriela Bampi e Thaís Pereira. Obrigada por cada discussão, cada momento de descontração, cada abraço, cada risada, cada puxão de orelha. Eu cresci muito ao lado de vocês e com certeza guardarei para sempre no meu coração as lembranças desse tempo em que estivemos juntas .

Agradeço também à meus amigos de Joinville, Laíssa e Jéssica. Obrigada por serem as pessoa que são, por estarem sempre dispostas a me ouvir e aconselhar . Tenho certeza que minha alegria não seria completa se não tivesse vocês para compartilhar.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pela oportunidade de ter um ensino de qualidade, com profissionais incríveis e inspiradores. Obrigada a todos os professores pelos ensinamentos, conselhos e pelas palavras de incentivo.

Ao currículo da odontologia da UFSC que me fez descobrir essa área extremamente importante e que me identifiquei muito, que é a saúde pública. A isso, também atribuo os projetos oferecidos pelo ministério da saúde, como VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde), que abriu minha mente e me fez pensar na odontologia de uma forma diferente e muito mais humana.

Agradeço também à minha orientadora Cláudia por entender minhas limitações e auxiliar nas minhas dificuldades. Obrigada por toda calma, paciência e conhecimento compartilhado.

Aos cirurgiões-dentistas da atenção básica do município que disponibilizaram um tempo da sua semana para participar da pesquisa e possibilitar o desenvolvimento deste trabalho. Muito obrigada!

"As pessoas têm medo das mudanças. Eu tenho medo que as coisas
nunca mudem"

Chico Buarque

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar os fatores que influenciam na participação dos cirurgiões-dentistas da atenção básica no planejamento das ações da equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Florianópolis, SC. Utilizou-se a abordagem qualitativa de investigação. A pesquisa foi realizada com seis cirurgiões-dentistas do município pertencentes a três diferentes distritos sanitários, sendo eles: continente, leste e norte. A coleta dos dados ocorreu por meio de um grupo focal coordenado pela pesquisadora e a análise feita através da técnica de análise de conteúdo. Os resultados foram divididos em três subtemas: A influência da formação acadêmica; A influência da falta de recursos e; A influência da falta de inclusão profissional. Observou-se que a principal causa da não participação desse profissional está ligado a uma falha na formação acadêmica, além disso, questões como a dificuldade de inserção na equipe multidisciplinar, a atuação da gestão frente a demanda excessiva, a frustração frente a falta de recursos humanos e materiais e o desconhecimento sobre como realizar um planejamento também foram ressaltadas.

Palavras-chave: "planejamento de ações", "cirurgião-dentista na ESF", "estratégia saúde da família", "trabalho multidisciplinar", "integralidade do cuidado".

ABSTRACT

This research aimed to identify the factors that influence the primary care dentists participation in the planning of team actions activities of Family Health Strategy (FHS) in Florianópolis, SC. It was used a qualitative research approach. The research was carried out with six dentists of the municipality, belonging to three different health districts, being: continent, east and north. The data were collected through a focal group coordinated by the researcher and the analysis made through the content analysis technique. The results were divided into three subtopics: The influence of academic training; The influence of lack of resources and; The influence of lack of professional inclusion. It was observed that the main cause of the non-participation of this professional is related to a lack of academic training, however, issues such as the difficulty of insertion in the multidisciplinary team, the performance of management in the face of excessive demand, frustration with the lack of human resources and Materials and the lack of knowledge about how to carry out a planning were also highlighted.

keywords: "action planning", "dental surgeon at the FHS", "family health strategy", "multidisciplinary work", "comprehensive care".

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCS - Centro de ciências da Saúde

CD - Cirurgião dentista

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

DF- Distrito Federal

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF- Estratégia Saúde da Família

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

SciELO - Scientific Eletronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1. Estratégia saúde da família.....	13
2.2. Trabalho multidisciplinar.....	14
2.3. Planejamento em saúde.....	16
2.4. Cirurgião dentista e a ESF.....	17
3. OBJETIVOS.....	23
3.1. Objetivo geral.....	23
3.2. Objetivo específico.....	23
4. METODOLOGIA.....	24
5. RESULTADOS.....	26
6. DISCUSSÃO.....	35
7. CONCLUSÃO.....	41
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
9. APÊNDICES.....
Apêndice A - Roteiro grupo focal.....	50
Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	51
10. ANEXOS.....
Anexo A - Parecer cosubstanciado do comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.....	55

1. INTRODUÇÃO

A integralidade não se define apenas como uma das diretrizes do sistema Único de Saúde (SUS), mas também como uma proposta de ampliação do cuidado diante das profissões da saúde. Sendo assim, a integralidade constituiu-se de um grande desafio para a saúde no Brasil, considerando o modelo assistencial biomédico que esteve presente durante muito tempo no país. Em vista disso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu para reorganizar e modificar o modelo vigente, propondo a construção de uma nova prática, centrada no usuário (VIEGAS; PENNA, 2013).

Dessa forma, a ESF apresenta um enfoque no indivíduo e na família, estando voltado principalmente para ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos. Além disso se caracteriza, entre outros fatores, pelo trabalho em equipe e seu caráter interdisciplinar, objetivando uma abordagem integral e resolutiva do processo saúde-doença. Por isso é necessário que o profissional se molde a esse novo contexto, rompendo com o modelo tradicional de trabalho (POVONI; MEDEIROS, 2009).

O trabalho interdisciplinar busca a interação entre os diferentes profissionais constituintes da equipe favorecendo a troca de conhecimentos e o planejamento de ações eficazes em direção a integralidade do cuidado. No entanto percebe-se que muitos cirurgiões-dentistas muitas vezes ficam a margem desse processo, se excluindo da equipe de saúde, assim deixando de participar do planejamento das ações, se distanciando assim do objetivo desse modelo de atenção (GONÇALVES; RAMOS, 2010).

O presente estudo pretendeu justamente entender quais esses fatores que interferem na participação do planejamento em equipe. Além disso, através da aplicação dessa pesquisa pretendeu-se possibilitar a interação entre os participantes, oportunizando a troca de experiências e sentimentos que possam de alguma forma auxiliar para a mudança desse quadro.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Estratégia saúde da família

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, realizada com o intuito de definir propostas para a reforma da saúde no Brasil, aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão e dever do estado, contribuindo para o delineamento dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que se fez necessário o desenvolvimento de várias estratégias que possibilitariam a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Sendo assim, essas mudanças administrativas funcionaram como alicerces, influenciando, mais tarde em 1988 a aprovação da reforma sanitária, sendo instituído o SUS (PAIM et al., 2011).

No entanto, como afirmado pelos autores, o SUS só foi implementado em 1990, quando foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. Estando entre seus princípios e diretrizes a universalidade, a equidade, a integralidade, regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização e participação dos cidadãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990). Após isso, em 1992 o projeto de reforma sanitária foi retomado.

Com isso, em 1994 foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde com vistas a modificar o modelo de saúde presente no Brasil até então, objetivando fortalecer a atenção básica. O PSF, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta como foco principal a família, tendo as ações voltas para um território delimitado específico.

Segundo Reis; Scherer; Carcereri (2015), o modelo de saúde brasileiro contempla ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, estando organizado por regiões. Além disso, a atenção primária se constitui da porta de entrada do SUS, devendo estar pautada preferencialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Não obstante, a ESF tem como principal objetivo o

estabelecimento de um vínculo entre a população e a equipe de saúde, proporcionando uma atenção integral ao cuidado do indivíduo, levando em consideração todos os aspectos sociais, econômicos e culturais que estão envolvidos nessa população, não tendo assim um enfoque exclusivamente curativo. Sendo assim, esse modelo surgiu com o intuito de reorganizar a atenção básica no SUS, visando ampliar a resolutividade e o impacto na saúde da comunidade em questão, enquanto indivíduo e coletivo (BRASIL, 2012).

Dessa forma, essa estratégia, enfoca não apenas em ações curativas e centradas na doença, mas, principalmente, em ações que buscam determinantes de saúde e promoção de saúde (PIRES; CAMPOS, 2009). Contudo, a ESF "pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde" (FIGUEIREDO apud BRASIL, 1998, p.55).

Levando esses fatores em consideração essa nova abordagem requer um trabalho em uma equipe multiprofissional, uma vez que há necessidade de um trabalho interdisciplinar (SANTOS; CUTOLO, 2004). As equipes devem ser compostas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem também ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal, como cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. A incorporação de outros profissionais à equipe vai depender das necessidades e disponibilidade local de cada população (BRASIL, 2012).

2.2. Trabalho multidisciplinar

A presença de equipes multidisciplinares fazem parte dos princípios norteadores da ESF, e segundo Figueiredo (2010)

É na equipe multiprofissional que as situações levantadas no diagnóstico de saúde devem ser enfrentadas, valorizando-se a soma de olhares dos distintos profissionais que compõem esta equipe, obtendo-se, desta forma, um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Para isso, é

imprescindível que a estruturação do trabalho, na ESF, consolide-se nos princípios da vigilância à saúde, rompendo assim com a dinâmica médico-centrada. (FIGUEIREDO, 2010, p. 57).

O trabalho em equipe multidisciplinar na ESF exige dos profissionais uma postura diferente da vivenciada na formação nas universidades. Esse modelo de atenção a saúde requer o abandono do individualismo da profissão em direção ao coletivo, ou seja, apresenta a necessidade da interação dos membros da equipe em busca da integralidade do cuidado (SANTOS; CUTOLO, 2004).

Segundo Viegas e Penna (2013) o trabalho multidisciplinar diz respeito à soma de percepções por diferentes profissionais sobre determinada situação de onde se obtém um maior impacto sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença, implicando na construção de um novo saber. O trabalho em equipe se consolida através de frequentes reuniões e atividades conjuntas, porém uma simples conversa informal durante o turno diário de trabalho já se constitui de uma interação importante. No entanto, ainda existe uma dificuldade no desempenho desse trabalho, uma vez que ainda há um processo de hierarquização e subordinação entre as profissões, gerando um sentimento de falta de espaço para realização de algumas ações conjuntas.

Para Santos e Cutolo (2004), ainda há muita dificuldade no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, uma vez que não há um enfoque das universidades na formação de um profissional voltado para o trabalho em equipe, estando ainda muito voltado para o individual. Além disso, afirma que há uma falta de vocação por grande parte dos profissionais da saúde da família, que veem o ingresso na saúde pública como uma boa oportunidade financeira. Destaca ainda que alguns profissionais aderem por motivo de curiosidade e até mesmo para esperar por vagas em residências ou especializações. Isso leva muitas vezes a formação de uma equipe heterogênea e desconecta, se tornando ineficaz.

Nesse contexto, Lacerda; Magajewski e Machado (2010, p.18) destacam ainda que "as responsabilidades específicas de cada profissional devem estar

voltadas para os objetivos comuns da equipe, e sua prática deve ser motivada pela eficácia, pela efetividade e pela eficiência do trabalho".

2.3. Planejamento em saúde

A implementação do SUS exige cada vez mais ferramentas e tecnologias que possibilitem a identificação de fatores que tornem as ações em saúde eficazes e resolutivas, permitindo maior aproveitamento de tempo e recursos. Nesse sentido, a nova forma de gestão pública, caracterizada pela flexibilidade e maior autonomia de seus atores, reforça a ideia da descentralização das tomadas de decisões, em vistas a ampliar a criatividade para a solução de problemas. Sendo assim, o planejamento local é uma ótima ferramenta quando se fala de gestão descentralizada. A elaboração de estratégias para a resolução de problemas atuais e futuros de determinada população faz da participação dos envolvidos nesse processo um ponto essencial.

Dessa forma, todos os profissionais que vivenciam determinada realidade, ou seja que estão envolvidos com a comunidade de alguma forma, tem o dever de contribuir para a formulação de um planejamento estratégico, uma vez que só assim a identificação dos principais problemas e a melhor abordagem para sua resolução serão realizados de maneira eficaz (QUEIRÓS et al., 2010). Nesse contexto, " As Unidades de Saúde devem criar um espaço para a reflexão coletiva, com a definição do direcionamento das ações, visando o alcance de objetivos determinados e metas estabelecidas" (QUEIRÓS et al., 2010, p.16)

Para isso, como mostrado por Vieira (2009), o Plano Nacional de Saúde, previsto pelo Ministério da Saúde (2009), deve ser realizado em dois momentos: Análise situacional e formulação dos objetivos, diretrizes e metas. Sendo que a análise situacional consiste na identificação, formulação e priorização de problemas, para orientar a definição das medidas a serem adotadas. A identificação dos problemas devem ser realizados com base em

três eixos: condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde.

Contudo, o planejamento de ações se constitui não somente a um conjunto de intenções ou tomadas de decisão, mas principalmente da formalização de um processo em busca de ações articuladas (VIEIRA, 2009 apud MINTZBERG, 2004). Sem planejamento, os profissionais atuam de forma desconecta, pautados exclusivamente na sua percepção de prioridades, assim como afirma Vieira (2009, p. 1566),

Se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades a sua maneira. Se tantos caminham para direções diversas, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros. Dificilmente haverá ganhos de qualidade e com certeza os recursos serão utilizados de forma menos eficiente.

Dessa forma, como afirmado pelo mesmo autor, o planejamento facilita e direciona a ação das equipes, permitindo que todos os membros atuem de forma conjunta a fim de alcançar um ideal comum, possibilitando assim maior sucesso na resolução dos problemas.

2.4. Cirurgião-dentista na ESF

Em 2000, o Ministério da Saúde através da portaria Nº 1.444 instituiu um incentivo financeiro para a incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF. Hoje, existem três modalidades de ESB, sendo a modalidade I composta por um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal ou um técnico de saúde bucal. A modalidade II constitui-se de um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal ou um técnico de saúde bucal e um técnico de saúde bucal. Já a modalidade III refere-se a unidade odontológica móvel. Sendo que as ações desenvolvidas devem incluir, além das ações de recuperação, ações de promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2012).

Essas ações ficaram estabelecidas pela implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), uma vez que

as principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal ESB na Estratégia Saúde da Família

ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. (BRASIL, 2012)

Não obstante, "As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde" (BRASIL, 2004, p.8).

Ainda segundo a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), as ações de proteção e promoção da saúde devem buscar a redução dos fatores de risco de determinada população, além da identificação desses fatores e a disseminação de informações para a proteção da saúde. As ações de promoção devem abordar tanto os fatores de risco relacionados a doenças da cavidade bucal, como outras doenças (ex: hipertensão, diabetes, obesidade). Isso pode ser realizado através de políticas de alimentação saudável, abordagem comunitária para aumentar o cuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes. Além disso, a busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito dessas ações, que devem ser realizadas de forma individual e coletiva, sendo que compreendem:

- Fluoretação das águas
- Educação em saúde
- Higiene bucal supervisionada
- Aplicação tópica de flúor

Enquanto as ações de recuperação estão relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento das doenças, onde prioriza-se o tratamento conservador e o diagnóstico precoce das doenças, já as ações de reabilitação consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas decorrentes de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social (BRASIL, 2004).

Assim sendo, esse programa vem para ampliar e qualificar o nível de atenção básica, através da implementação de novas ações a serem desenvolvidas pelas ESB, além das que já previstas, como prevenção do

câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica (como pulpotomias e restaurações de cavidades complexas, tratamento periodontal não cirúrgico e instalação de próteses dentárias) e inclusão da reabilitação protética (BRASIL, 2003).

Além disso, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p.51) cabe ao cirurgião dentista, entre outras coisas, "Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar". Assim como são de atribuição comum a todos os profissionais, além de outras coisas, "Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis" e "Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações" (BRASIL, 2012, p.45). Em vista disso a inserção do dentista no ESF exigiu desse profissional uma mudança no modelo do exercício da profissão praticada até então.

Dessa forma, o modelo tradicional individualista, restrito ao consultório do cirurgião-dentista perdeu espaço para o profissional voltado mais para o coletivo, integrado aos outros membros da equipe. Esse fato levou esses profissionais a terem a necessidade de sair da sua zona de conforto para e enfrentar uma nova forma de trabalho. Isso, apesar de essencial, foi algo extremamente difícil, visto que além do próprio ensino instituir o individualismo, desde o começo da profissão existe a cultura do profissional isolado, restrito ao consultório (SOARES; REIS; FREIRE, 2014). Essa questão também pode ser observada por Reis; Scherer e Carcereri (2015 apud SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p.57) quando afirma que,

Para atuar na ESF o CD precisa desenvolver competências para além do seu 'núcleo do saber', saindo do isolamento da prática restrita ao consultório e ao equipamento odontológico, assumindo um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde. E isto se constitui em um desafio, na medida em que se faz necessário integrar a prática dos profissionais diante de um cenário marcado pela

maneira fragmentada com que cada especialidade ou subespecialidade cuida de apenas uma parte da atividade.

No entanto, há uma dificuldade na real inserção desse profissional nesse modelo de atenção a saúde (ESF). Segundo um estudo realizado por Gonçalves e Ramos (2010), onde foram entrevistados alguns cirurgiões-dentistas da rede pública em Florianópolis, isso se dá não só pela dificuldade que o profissional enfrenta em se desligar do modelo tradicional de atuação, mas também a limitação estabelecida muitas vezes pela própria equipe e pela comunidade, uma vez que a realização de trabalhos fora do ambiente do consultório odontológico, como visitas domiciliares, reuniões de equipe e participação em atividades de grupo ainda gera estranheza não só por parte da população, como também pela própria equipe, conferindo um certa resistência a sua atuação. Outro fator apontado nesse estudo foi a grande rotatividade desses profissionais na atenção básica, o que não permite o estabelecimento de um vínculo com a população rompendo com a ideia principal desse modelo de atenção. Também foram destacados questões como a falta de apoio da coordenação local das unidades de saúde; a falta de planejamento local e de parâmetros para se definirem as estratégias de atuação, além da dificuldade de inserção na equipe multidisciplinar, a falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde e a falta de estrutura física da unidade.

Não obstante, além desse estudo, vários outros realizados em diferentes municípios mostram a dificuldade que esse profissional tem em se inserir na equipe multidisciplinar, mostrando que é algo comum e muito frequente.

Um exemplo disso é o estudo realizado por Lourenço et al.(2009) no estado de Minas Gerais com o intuito de analisar aspectos administrativos e operacionais das ESB na ESF. Nesse estudo foi possível perceber que não há integração na maior parte das unidades básicas de saúde (UBS) da ESB com as ESF, uma vez que não eram realizadas reuniões semanais ou quinzenais entre a equipe, sendo estas realizadas mensalmente ou nunca realizadas. Além disso constatou-se o uso de prontuários diferentes para a ESB e ESF, descaracterizando o trabalho multidisciplinar. Esse fato foi justificado pelos autores, que sugeriram que o "distanciamento talvez possa ser explicado por

fatores como a inserção tardia das ESB no PSF, pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais" (LOURENÇO et al., 2009, p.1374). Outro fator destacado nesse estudo foi a carga excessiva de trabalho do cirurgião-dentista (CD), o que acaba limitando seu trabalho ao atendimento clínico, dificultando a realização de outras ações assim como sua interação com a equipe. Com relação a falta de planejamento, os autores destacam que,

A falta de ações programáticas também pode ser evidenciada na proporção de cirurgiões-dentistas (48,9%) que relataram não haver participado de nenhum treinamento sobre PSF, ou seja, o cirurgião-dentista não está capacitado a planejar ações de acordo com os objetivos do PSF, reproduzindo a clínica particular no serviço público com uma concepção de prática da odontologia de mercado, centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente realizada por um sujeito individual (o CD) no restrito ambiente do consultório, com um trabalho de baixa produção, diferente da situação descrita pelo documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. (LOURENÇO et al., 2009, p. 1373)

O estudo de Reis; Scherer e Carcereri (2015) realizado no Distrito Federal (DF), com o objetivo de compreender o trabalho do cirurgião dentista (CD) na ESF, também destaca a dificuldade de inserção desse profissional na equipe multidisciplinar. De acordo com o estudo pode-se observar que a maioria dos entrevistados mantém o modelo tradicional de trabalho, centrado na ação curativa. O relato dos participantes da pesquisa destacam "medo da violência, maior valorização do trabalho dentro da UBS e pouco vínculo com os usuários dos serviços" (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015, p.61). Isso demonstra que há uma dificuldade em aceitar e compreender o protocolo estabelecido pela ESF em contrapartida ao que se considera pertinente a ser realizado.

Dessa forma foi observado que o protocolo não era seguido de forma adequada, sendo alterado de forma a se enquadrar ao que o profissional julgasse conveniente para o processo produtivo. Sendo assim, apesar de ser essencial a autonomia nesse modelo de atenção, é necessário que essa liberdade seja utilizada em vista a respeitar as necessidades de cada população. Além disso, também foi destacado a falta de perfil de alguns

profissionais para trabalhar na ESF, a falta de capacitação dos profissionais para exercício do trabalho e o diálogo do gestor com a ESB .

Soares; Reis e Freire (2014) também observaram essa característica no estudo realizado em Goiânia (GO), com o intuito de conhecer as características consideradas ideais pelos componentes das equipes de saúde da família com relação a atuação do cirurgião-dentista na ESF. Nessa pesquisa os autores constataram uma dificuldade do profissional em interagir com a população. Segundo alguns entrevistados o CD apresenta dificuldades em lidar com a população mais carente, não conseguindo passar a informação necessária de forma clara e abrangente. Os profissionais entrevistados também destacaram a falta de comprometimento de alguns CD com o trabalho na ESF, ressaltando que alguns ingressam nesse trabalho sem apresentar o perfil adequado, e muitas vezes sem ter o conhecimento de como exercer sua profissão nesse modelo, comprometendo a viabilidade da estratégia. Em algumas afirmações dos entrevistados destacadas pelos autores, também ficou clara a atuação tradicional do CD, restrita ao consultório e isolada da equipe.

Diante desses estudos fica evidente, que o CD ainda apresenta grandes dificuldades em se inserir no planejamento de ações enquanto equipe multidisciplinar. Boa parte disso se dá pelo contexto histórico que circunda o profissional até a atualidade. Além do foco curativo do cuidado reforçado pelo modelo de ensino nas universidades, a falta de perfil e a dificuldade de lidar com a comunidade são fatores destacados pela grande maioria dos estudos observados.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Identificar os fatores que influenciam na participação dos cirurgiões-dentistas da atenção básica do município de Florianópolis no planejamento das ações da equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF).

3.2. Objetivos específicos

- Promover um espaço para discussão entre os cirurgiões-dentistas da atenção básica do município de Florianópolis sobre a participação no planejamento das ações das equipes da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar a opinião dos profissionais sobre a importância da participação dos profissionais de saúde bucal no planejamento da equipe de saúde;
- Identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelos cirurgiões-dentistas para a participação efetiva no planejamento das ações das Equipes de Saúde da Família;
- Sistematizar e analisar os resultados encontrados, compartilhando-os com a Coordenação de Saúde Bucal do município, para que possa atuar sobre os fatores que possam estar dificultando ou impedindo a participação dos cirurgiões-dentistas no planejamento das ações das Equipes de Saúde da Família.

4. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo exploratório, em que a técnica utilizada para a coleta de dados foi a de grupo focal, que consiste em uma entrevista realizada em grupo, onde há a interação entre os participantes e o pesquisador/moderador gerando discussão acerca de um tópico previamente estabelecido (LEVORLINO; PELICIONI, 2001). A pesquisa foi aplicada aos cirurgiões-dentistas da atenção básica inseridos na Estratégia Saúde da Família no município de Florianópolis mediante a aprovação prévia do comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Para o referencial teórico e para subsidiar a discussão dos resultados, foi realizada uma pesquisa utilizando a base de dados SCIELO e Google Acadêmico. Sendo que foi dada preferência aos artigos que apresentavam texto completo disponível. As palavras chaves utilizadas foram "estratégia saúde da família", "equipe multidisciplinar", "planejamento em saúde", "equipe de saúde bucal", "dentista na ESF".

A seleção dos participantes foi feita pela coordenação de saúde bucal do município, que identificou profissionais que não participam do planejamento das ações e profissionais que participam ativamente dessas atividades, de modo a compor um grupo heterogêneo de profissionais, para que o tema pudesse ser debatido. Foi composto um grupo de seis participantes, sendo estes pertencentes a três distritos sanitários diferentes (continente, leste e norte) com duração aproximada de uma hora e meia. Os tópicos (Apêndice A) foram abordados e lançados para a discussão em grupo a fim de responder a pergunta central da pesquisa "Quais os fatores que podem estar interferindo na participação dos cirurgiões-dentistas no planejamento em equipe na estratégia saúde da família?". O grupo foi coordenado pela pesquisadora e realizado em uma sala do centro de ciências da saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Catarina.

Previamente a aplicação da pesquisa, os participantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). Para o registro dos diálogos foi utilizado um gravador de som. Posteriormente as gravações foram transcritas para serem analisadas na sequência. A análise foi feita através da leitura exaustiva dos depoimentos e categorização dos dados a partir de temas e padrões observados pela pesquisadora, após isso foi feita a releitura das categorias e a construção de subtemas para melhor compreensão. Os participantes foram identificados de P1 a P6 a fim de preservar suas identidades. Ao final foram realizadas as interpretações dos dados e aproximação com os autores utilizados no referencial histórico, assim como realizado por Ressel et al. (2008).

Esse estudo é sigiloso sendo os dados coletados somente para fins dessa pesquisa. As identidades dos participantes foram preservadas, e os dados manipulados somente pela pesquisadora. Após concluído o estudo, este foi disponibilizado à Secretaria Municipal de Saúde, para que possa ser utilizado para o entendimento dos motivos que levam alguns dentistas a não se incluírem no planejamento das respectivas unidades de saúde, possibilitando a tomada de medidas para alterar de alguma forma essa situação.

5. RESULTADOS

O estudo contou com a participação de seis cirurgiões-dentistas da atenção básica de saúde do município de Florianópolis, sendo estes pertencentes a três diferentes distritos sanitários: continente, leste e norte.

Após a realização da análise e categorização dos dados, foram obtidas três diferentes categorias: a influência da formação acadêmica, influência da falta de recursos e a influência da falta de inclusão profissional, descritos a seguir.

a. Influência da formação acadêmica

A formação acadêmica não voltada para o modelo de atenção adotado pelo município de Florianópolis, Estratégia Saúde da Família, foi algo muito observado entre os entrevistados. Nenhum participante relatou ter tido qualquer tipo de informação sobre planejamento, todos responderam ter aprendido na prática ou através da troca de experiências com outros colegas, sendo assim, relataram não ter tido contato com esse modelo de atenção durante o período de graduação. Os participantes apresentavam no mínimo cinco anos de formados e apontaram a diferente realidade do ensino da época como fator determinante para as dificuldades enfrentadas atualmente na sua profissão.

"A gente se formou em outra realidade, nem se cogitava a hipótese de trabalhar no SUS quando eu me formei (...) e na minha graduação eu não tive, não tive, eu aprendi a fazer boas restaurações, aprendi a fazer ótimos canais, e a clinica integrada eu tive só na ultima fase, então a gente não aprendeu a planejar, a gente na verdade foi aprender a planejar tratamento de paciente só na ultima fase, falando clinicamente (...) na época a gente não tinha essa visão de fazer perguntas pro paciente, assim, tinha anamnese, mas é além da anamnese, é você interagir com o médico, com o enfermeiro, com o assistente social..." P2

"(...) na minha época aprendi a trabalhar com ouro, ligas metálicas, era consultório, era muito diferente, quando eu entrei na prefeitura, meus primeiros vinte e poucos anos, a gente ficava só em consultório, não conhecia ninguém, ia , atendia e tchau. Onde eu trabalhei 22 anos e fui coordenador por 2 anos (...) não tinha tempo de planejar nada, até porque eu não sabia pra falar bem a verdade (...) comecei a aprender alguma coisa dessa parte de planejamento da prefeitura, quando começou o PMAQ (...)" P3

A importância do reconhecimento do território também foi uma questão levantada, levando em consideração que a análise e compreensão do território constitui-se de uma etapa primordial para que haja o entendimento e identificação da complexidade de uma população específica e de suas necessidades. Além disso, segundo Santos e Rigotto (2010) isso permite a real avaliação dos impactos dos serviços de saúde sobre a população, levando a uma percepção mais real e ampliada dos fatores que influenciam as condições de saúde. Entretanto observou-se que por parte do profissionais de saúde bucal essa prática é muito incomum, e apesar de haver um entendimento da relevância dessa atuação, esse fato ainda refere-se a uma deficiência descendente do processo de formação .

"Eu acho que todo profissional que entra deveria conhecer o território, na verdade eu não conheço (...) mas é um negócio que aprende muito sobre a comunidade, e eu tenho curiosidade de saber da minha área (...)" P4

Ainda sobre isso, foi possível notar uma certa insegurança em realizar essa busca ativa da população, a fim de identificar os motivos que levam parte dela a não buscar atendimento. A maioria dos participantes relatou ter conhecimento de que segundo o perfil da população adstrita à área que são responsáveis, a demanda deveria ser ainda maior do que se observa. Entretanto notou-se que apesar desse conhecimento, existe uma ideia ainda muito centrada na resolução das consequências em detrimento da busca das causas. A ideia de deixar a cadeira para buscar os reais motivos de doença na perspectiva do território e não só daqueles que procuram o serviço ainda é

muito distante, muitas vezes pela dificuldade de compreender de que forma isso poderia ser realizado.

"Eu vejo muito ali na odonto, aparece um paciente com situação bucal caótica, aí tu vai olhar no prontuário, é aquele paciente que nunca vem, ou vem só quando tem dor. Pra mim assim, eu tinha que ter uma demanda muito maior(...)" P6

Dessa forma o observado também se confirma pelo fato de que muitos ainda apresentam dúvidas em como realizar um planejamento, principalmente quando se trata de saúde bucal. Quando foi perguntado o porque não o faziam ou se utilizavam os dados epidemiológicos, a maioria mostrou-se não familiarizada com o emprego desse recurso demonstrando dúvidas de como empregá-los para a realização do planejamento, reflexo também advindo do modelo de ensino a que foram submetidos

"Quero fazer uma pergunta: qual é a importância de saber esses dados pra planejar? perguntei porque é uma curiosidade que eu já tive (...)" P3

"Eu não saberia exatamente como planejar, tenho dúvida de como fazer isso" P6

Foi relatado também, a distância entre a teoria e a prática e a dificuldade que se tem em aplicar a teoria no cotidiano da unidade de saúde, uma vez que cada uma apresenta uma realidade diferente, mostrando que a realização efetiva do planejamento não está só ligada à falta de conhecimento, mas principalmente às barreiras construídas historicamente que, inconscientemente, acabam por levar o profissional a se manter dentro de um modelo padronizado de atuação que não condiz com as reais necessidades.

"Eu já tô formada há 11 anos, e fiz também saúde da família aqui, que foi um curso presencial, mas mesmo com tudo isso, acho que nem um, nem outro, me ensinaram a planejar, a planejar na realidade, porque a realidade é muito diferente que a teoria(...) cada posto tem a sua realidade" P2

Em vista disso o planejamento acaba por ocorrer de forma mais protocolar. Esse fato pode ser reforçado em alguns relatos durante a entrevista

quando foi questionado sobre as reuniões de equipe, mostrando uma realidade não só condizente com a odontologia, mas sim de todos os profissionais constituintes da equipe.

" A coordenadora tem os pontos, a pauta e normalmente tem alguma coisa de capacitação também, e repasse de informes. Acaba sendo mais informativa do que um espaço de discussão normalmente (...)"

P6

"No nosso posto tem a reunião mensal com a equipe toda, só que não se trata de um planejamento, na verdade, são expostos algumas coisas que aconteceram ou alguma divergência entre funcionários (...) mas não tem nada de planejamento" P4

Encontra-se ainda maior dificuldade quando se trata do planejamento específico de saúde bucal, mostrando que trata-se ainda de uma realidade muito distante. Apesar de alguns participantes relatarem realizar esse planejamento, percebeu-se que tratava-se mais de um planejamento de atividades, mais ligado a organização de agenda e acesso de casos específicos, relativo a alguns pacientes, sendo assim, não estava ligado a identificação e resolução de problemas.

"(...) a gente tá tendo que se planejar forçadamente, porque a gente ta com dois profissionais afastados, tá com falta de auxiliar, então toda a semana a gente faz uma escala de trabalho que contemple tudo o que a gente tem que fazer(...)" P1

"Basicamente meu planejamento é escola, fazer o planejamento da escola e aí chamo aqueles casos mais urgentes (...) os casos específicos, paciente acamado, paciente com deficiência de mobilidade , paciente oncológico a gente tem alguns (...) a gente conversa com a recepção que eles tem que ser cuidados de forma diferente quando chegam (...)" P5

Apesar disso alguns mostraram fazer esse planejamento, porém foi possível perceber que isso acabava por ocorrer, de certa forma, de maneira inconsciente. O fato foi mais perceptível nos profissionais que atuavam a mais tempo no mesmo centro de saúde, o que se justifica principalmente pelo

estabelecimento de um vínculo maior com a população, levando a uma percepção mais ampla das necessidades presentes.

"(...) tenho umas três famílias que são bem pontuais ali, que tem dificuldade de acesso (...) a gente que já tá mais tempo tem uma ideia de que quando chegam (...) elas passam por enfermeira, médico... então é feito encaixe, é feito atendimento específico (...)" P2

b. Influência da falta de recursos

A demanda excessiva foi algo relatado constantemente pelos profissionais durante o grupo focal. Segundo eles, o número de pacientes supera a capacidade de atendimento impedindo muitas vezes que consigam participar das reuniões de equipe e conseqüentemente dos planejamentos. Essa demanda se dá em alguns casos pela falta de cobertura de algumas áreas, que acabam sendo cobertas por um mesmo profissional ou pelo tamanho desproporcional da população adstrita frente à capacidade física de atendimento, tendo como resultado uma superlotação da agenda. Por essa questão, em alguns casos a própria coordenação do centro de saúde acaba aconselhando esses profissionais a não participarem dessas reuniões como manobra para que esta demanda possa ser suprida.

"No nosso posto tem a reunião de equipe que é uma vez por mês, só que eu atendo no caso duas áreas (...) e a minha coordenadora não acha indicado eu participar de nenhuma reunião, porque minha agenda é muito cheia (...)" P4

"(...) eu entendo ela, eu não tinha condição(...) e não é que me cobravam, eu não dava conta da demanda, é que se eu tivesse lá eu tava deixando de atender e aquilo ia aumentar meu problema, então eu atendia o tempo todo" P3

Apesar disso, alguns participantes destacaram o papel da gestão como um facilitador do serviço, uma vez que relataram ter a autonomia necessária para exercer sua função dentro do centro de saúde.

Ainda assim a falta de recursos humanos foi uma situação bastante relatada pelos participantes. A maioria deles era o único profissional de saúde bucal do centro de saúde, não tendo sequer auxiliar. Por sua vez, essa sobrecarga imposta ao profissional acarreta em mais uma limitação para atuação fora do ambiente clínico.

"Eu percebo assim, que há falta de recursos humanos, porque para você fazer uma reunião, se você vai deixar o posto aberto, você precisa ter alguém de suporte, e hoje isso em Florianópolis tá cada vez pior" P2

Há também ausência de recursos materiais em algumas situações, entre eles foi citado falta de estrutura adequada, materiais de consumo e até mesmo alguns equipamentos essenciais para o dia a dia da profissão. Esse fato contribui para que haja um certo desânimo por parte dos profissionais, que não vendo condições satisfatórias no ambiente de trabalho, acabam por não ter estímulo de buscar novas perspectivas e vivenciar a realidade fora das paredes do centro de saúde.

"a odonto na verdade nunca foi a prioridade de ninguém, nós temos um problema sério com a odonto na prefeitura(...)" P2

Frente a essas situações não é observado um movimento da população para mudar essa realidade, uma vez que o dentista sozinho sente-se impotente diante da dimensão dos problemas enfrentados, gerando uma frustração.

"eu fiquei dois meses sem fotopolimerizador porque queimou (...) não tinha atendimento, aí eu pedia pras pacientes tu liga na ouvidoria e diz que tá faltando foto (...) e não veio nenhuma ouvidoria(...)" P2

Para viabilizar o planejamento é necessário que um tempo seja destinado a isso, e muitas vezes essa questão se torna uma barreira, visto que é necessário parar os atendimentos por um determinado período, para que isso possa ser realizado.

" Às vezes precisa de uma pessoa que vai lá e dá cara tapa pra dizer, não vai ter hoje, porque vamos sentar e planejar, é difícil isso, porque tu vai dizer não, e quando tu ta dizendo não, tu ta dizendo não pra população (...)" P5

Além disso, a falta de padronização no preenchimento dos dados gerados pelo sistema utilizado pelos centros de saúde também é uma barreira que dificulta a utilização para a elaboração de um planejamento.

"... o problema é que os dados não são padronizados no sistema, é um problema que eu vejo, cada um preenche de um jeito, acaba não gerando dados confiáveis..." P6

c. Influência da falta de inclusão profissional

Quando se pensa no cirurgião-dentista, se imagina um profissional isolado em seu consultório, exercendo suas atividades clínicas (GONÇALVES; RAMOS, 2010). E esta por sua vez, apesar de estar começando a se notar a importância de um novo tipo de abordagem, é a mesma realidade que ainda é passada dentro das universidades durante o processo de graduação. Dessa forma, essa imagem construída passa a ser a única perspectiva que se espera ter do profissional e qualquer atividade que fuja a isso acaba por gerar muita estranheza e dificuldade de aceitação, não só pela equipe de saúde como pela própria população, uma vez que, um dentista fora da cadeira, não estaria atendendo ao esperado.

"O médico, o agente comunitário, o enfermeiro não precisa dizer (...) tá intrínseco que ele vai participar de uma reunião de equipe, o dentista tem que ficar pedindo, eu quero ir, eu quero ir, eu quero ir..." P4

"Eles nunca incluem a gente, eu tô a quatro anos ali com a mesma equipe (...) mas eu tô sempre me impondo, sempre me impondo..." P2

Este isolamento acaba por sua vez tornando-se parte de um perfil profissional, que apesar de ter sido construído há muito tempo atrás, ainda se sustenta justamente pelo modelo de formação que prevalece. Em vista dessa visão fragmentada do que seria a odontologia, acaba-se por não se promover a integração às outras áreas da saúde durante a formação, como ocorre com outras profissões, como por exemplo o médico e o enfermeiro que aprenderam

a trabalhar e depender um do outro. Dessa forma, fica claro que há a necessidade de inclusão da odontologia na equipe de saúde, mas ainda encontram-se grandes barreiras para isso.

"As pessoas não tem noção do que é ser dentista, o médico não tem noção do que é ser dentista (...) é outra visão, não é culpa, porque desde a faculdade nós somos separados, o dentista é separado" P2

"Eu ainda acho que a odonto é mais fechada, acho que pela própria natureza do trabalho, acaba sendo, porque não tem como médico e enfermeiro trabalharem separado, eles trabalham juntos, assim como não tem como eu trabalhar separado da minha auxiliar, mas assim, essa integração, acho que é um pouco mais difícil assim, eu tenho um pouco de dificuldade" P6

Dessa forma torna-se ainda mais necessária a participação do cirurgião-dentista em atividades fora do consultório, pois só assim há a possibilidade de convivência com o restante da equipe e por consequência uma maior integração. O cirurgião-dentista necessita conquistar seu espaço dentro da equipe e isso torna a participação no planejamento uma realidade ainda mais distante. Apesar disso, nota-se que existe a necessidade de mudança e que isso precisa partir principalmente do próprio profissional, que só assim conquistará seu espaço. A inserção do profissional de saúde bucal constitui-se um desafio a medida que, historicamente, trata-se de uma profissão individualista e, de certa forma, perante a alguns olhares, independente.

"Geralmente é um profissional que gosta de trabalhar sozinho, é um perfil da gente, não é uma coisa ruim, só que isso pro SUS não é viável, por isso que tu tem que participar do máximo de coisas fora de cadeira, mesmo que tu não goste, porque é ali que tu vai conhecer as pessoas..." P2

"(...) eu comecei a tentar puxar o pessoal pra fazer a reunião semanal e aí agora a gente tá fazendo, e melhora, muda bastante, principalmente porque o dentista se ele não participar da equipe, na reunião da equipe, não tem como ter integração, porque ali é o momento que mais tem integração da odonto, porque no dia a dia é muito difícil (...)" P6

Ao mesmo tempo que é possível notar esse sentimento de exclusão, em algumas falas ficou claro que existe um certo conforto nesse individualismo criado em torno do cirurgião-dentista, uma vez que o distanciamento da equipe torna as escolhas e tomadas de decisão mais simples e fáceis.

"(...) tem um lado bom da autonomia assim, as coisas acontecem (...) eu vejo mais resultado ainda do que a própria equipe junta às vezes, justamente porque eles não interferem muito naquilo, como tem essa "distância" eles não interferem muito" P2

Além disso, outra questão abordada foi o volume de atendimentos realizados, que frente ao restante da equipe é menor. O que acaba não se levando em consideração são as características do atendimento odontológico perante ao atendimento médico, por exemplo. O dentista é o profissional que mantém o menor rendimento da equipe, justamente por precisar de um maior tempo por consulta. Dessa forma, para atingir o número de consultas necessárias para suprir a demanda, é mantido a parte das reuniões de equipe, sendo este mais um fator que dificulta a participação no planejamento.

"Eles partem pra exclusão, porque teu número de atendimentos já é baixo perante eles, porque assim, eles não fazem procedimento, eles fazem consulta, mas a justificativa que eu escuto é o seguinte (...) a tua agenda nunca tem vaga, aí não dá pra desmarcar tua agenda, porque assim, é obvio, a gente faz procedimento, demora mais" P2

6.DISCUSSÃO

A reorganização do modelo de atenção primária tendo em vista a abordagem mais complexa do usuário, enfatizando o trabalho multidisciplinar e o princípio de integralidade, teve como objetivo não só a reorientação da atenção básica em termos de estrutura nos centros de saúde, mas principalmente na visão do que é o processo saúde-doença em uma perspectiva que vai além dos determinantes biológico-comportamentais (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009). Embora tenham ocorrido movimentos ao encontro dessa nova realidade no âmbito da reestruturação do ensino tradicional nas universidades em várias áreas de saúde, a odontologia manteve-se à parte disso (MORITA; KRIGER, 2004). Isso se mantém à medida que a formação profissional insiste na reafirmação de um "status" construído há anos atrás, que enfatiza a competência técnica altamente especializada (SECCO; PEREIRA, 2004), o que pode ser reafirmado por este estudo.

Além disso, segundo Secco e Pereira (2004) existe uma urgência na ampliação do modelo de ensino que ainda se observa nas universidades, uma vez que como citado por Morita e Kriger (2004) a valorização do atendimento público e coletivo se faz essencial tendo em vista que no estágio atual o SUS representa um importante mercado de trabalho para esses profissionais. Dessa forma, essa falta de proximidade dos profissionais com a realidade do SUS gera uma distância entre o proposto e o executado, questão essa identificada no presente estudo. Segundo Araújo e Demenstein (2006) o cirurgião-dentista frente a esses desafios, muitas vezes se sente inseguro e desesperado para exercer suas atividades, reflexo isso de uma educação voltada para ações curativas e técnicas, com pouca ênfase em atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde. Além disso, na maioria das vezes não estão preparados para desenvolver ações educativas e preventivas, realizando-as de maneira inadequada. Ainda segundo Araújo e Demenstein (2006) existe uma cultura de resolução imediata do problema, não tendo uma

visão a longo prazo das consequências, fazendo com que não haja uma real melhoria das condições de saúde bucal dessa população.

Em vista disso, a territorialização se apresenta como uma importante ferramenta para a melhoria das condições de saúde da população, uma vez que é através dela que é possível organizar o processo de trabalho e das práticas de saúde (SANTOS; RIGOTTO, 2011 apud MONKEN E BARCELLOS, 2005). Segundo Santos e Rigotto (2011) a apreensão e compreensão do território representam uma etapa essencial para identificar questões de saúde de uma população, bem como suas características e limitações em uma perspectiva mais geral, que muitas vezes foge ao que se observa quando não se busca essa ampliação. Ainda assim, a realização dessa atividade pelo cirurgião-dentista é muito limitada, como se pode perceber nos resultados obtidos com esse estudo.

Isso por sua vez também pode ser observado no trabalho de Araújo e Dimenstein (2006) onde se buscou analisar o perfil de atuação de cirurgiões-dentistas inseridos no Programa de Saúde da Família (PSF) de municípios do Rio Grande do Norte. No estudo foi possível perceber a dificuldade enfrentada pelos CD para lidar com as exigências do modelo de atenção à saúde a que estão inseridos. Os autores relacionam essa dificuldade principalmente à formação acadêmica e ressaltam que apesar disso, há o reconhecimento da necessidade de um perfil profissional diferente do tradicional, onde reunir-se com a equipe, participar do planejamento, avaliar o impacto de ações e conhecer a população é imprescindível, entretanto a falta de conhecimento sobre como atuar trata-se de um obstáculo, fator esse observado principalmente em relação às atividades de prevenção, que segundo apontado no estudo não eram realizadas pelos profissionais, tendo como justificativa, além de outras, o desconhecimento de como as realizar. Com isso, ficou claro a presença do pensamento tradicional pautado no número de atendimentos restritos às práticas curativas.

Além dessa insegurança identificada, muitas vezes há pressão por parte da coordenação local, que perante a demanda presente acaba por restringir a

atuação do cirurgião-dentista às atividades clínicas. Tal fato não só foi constatado neste estudo quanto também no realizado por Moretti-Pires; Lima e Machado (2010) e por Lourenço et al. (2009), onde foi relatado a demanda excessiva como empecilho para o desenvolvimento de atividades externas aos centros de saúde, bem como à participação nas reuniões de equipe.

A demanda excessiva também é relatada em outros estudos como no de Gonçalves e Ramos (2010). Juntamente a essa realidade vem a questão da ética profissional, também exposta no presente estudo como um obstáculo para a integração do CD ao planejamento da equipe. Muitos sentem dificuldades em deixar o consultório para planejar junto à equipe, pois para eles, o tempo destinado a isso é o tempo que será negado a população em termos de procedimentos clínicos. Isso mais uma vez pode ser justificado pelo modelo de formação, que proporciona uma visão reducionista da atuação do profissional de saúde bucal, fato esse também exposto por Casotti et al. (2013).

Apesar de assegurado em lei a atuação desses profissionais fora do consultório, que inclui, além de outras atividades, a busca ativa da população e atividades de planejamento (BRASIL, 2006), é visível a resistência que há em torno disso, não só pelo processo histórico envolvido ou pela demanda excessiva que acaba por "engolir" o profissional, mas também pela falta de estímulo que existe por parte da gestão. Essa falta de apoio e a consequente marginalização da odontologia foi um ponto destacado pelos entrevistados nesse estudo, bem como no estudo de Gonçalves e Ramos (2010). Além disso, a precariedade das condições de trabalho, que envolve não só a falta de recursos físicos, mas também a escassez de recursos humanos, muitas vezes acabam por frustrar o profissional de maneira a torná-lo incapaz de buscar conhecer realidades fora do seu ambiente de trabalho, reproduzindo a clínica particular no serviço público, deixando de desenvolver o papel que a ESF exige. Isso pode ser observado nesse estudo e corroborado com o estudo de Gonçalves e Ramos (2010) que objetivou identificar os potenciais e limites do cotidiano do trabalho do cirurgião-dentista na busca pela efetivação da ESF.

Não obstante, a passividade de uma parcela da população com relação à ausência de recursos enfrentados pelos profissionais, que muitas vezes se veem obrigados a negar atendimento por falta de condições de realizá-lo foi um dos assuntos abordados nesta pesquisa. Esse fator foi também relatado no estudo de Bottan (2005) onde investigou-se a opinião de pacientes em atendimento nas clínicas odontológicas do curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), sobre a qualidade dos serviços prestados. Apesar do estudo ter tido como referência os serviços prestados em clínicas de instituições de ensino, é possível transferir esta percepção para a realidade dos centros de saúde. Nesse estudo notou-se que essa anulação da população está relacionada a não percepção da saúde como um direito. Tal fato é reportado por Bottan (2005 apud RAMOS, 2001, p.132) que diz que "a tendência das populações carentes é perceber a gratuidade como uma dádiva, muito mais do que um direito do cidadão e um dever do Estado". Dessa forma, há uma insegurança envolvida nessa ação, os usuários muitas vezes deixam de cobrar o que é deles de direito, por medo de represália e perda de acesso. Por outro lado, observa-se que essa situação não se repete quando há a falta de alguns profissionais, como o médico por exemplo.

Não só essa questão contribui na abstenção do profissional de saúde bucal no planejamento, mas também a falta de padronização dos dados que prejudica a aplicação do previsto pela política nacional de saúde bucal, que expõe que deve-se

“utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento; deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações; e, acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos” (GONÇALVES, RAMOS 2010 apud BRASIL, 2004, p.47).

Entretanto, existe uma grande dificuldade em torno disso, uma vez que, como apontado pelos profissionais nesta pesquisa, não existe uma calibração dos profissionais com relação ao preenchimento de dados, sendo que estes acabam por aprender sozinhos ou através da ajuda de outros profissionais, o

que torna sua aplicabilidade inviável, uma vez que acaba por gerar dados inconsistentes e não confiáveis. Da mesma forma, a não utilização desses dados para o planejamento também foi relatada no estudo de Gonçalves e Ramos (2010).

Outro fator destacado que contribui para esse perfil profissional é o sentimento de exclusão que também foi relatado pelos participantes dessa pesquisa. Tal fato pode ser observado em vários outros estudos, entre eles pode-se citar o de Gonçalves e Ramos (2010), Farias e Sampaio (2011) e Lourenço et al. (2009).

Além disso, inclusão tardia da odontologia ao ESF também pode ser destacado com um contribuinte para esse quadro. Assim como citado no texto de Farias e Sampaio (2011) a odontologia surgiu como um anexo, sendo assim, a visão fragmentada já instituída no processo de formação acadêmica foi fortalecida, e esse atraso frente a realidade vivenciada acabou por isolar ainda mais o profissional, que por conta de suas características de trabalho já apresentava essa tendência. Em vista disso essa nova proposta de inserção da saúde bucal na equipe multiprofissional confrontou valores já consolidados pelo modelo antigo de atenção. Isso por sua vez, gerou desconforto por parte dos profissionais da equipe de saúde da família, bem como pela comunidade, que não familiarizados ao novo conceito atribuído ao exercício da odontologia acabam por julgar inapropriada, uma vez que um dentista fora do exercício de atividades exclusivamente clínicas, não estaria correspondendo ao esperado (GONÇALVES; RAMOS, 2010). Ainda segundo Gonçalves e Ramos (2010) a inclusão do cirurgião-dentista à equipe multiprofissional não acontece naturalmente, sendo mais dependente do próprio esforço e interesse do profissional, fato esse também identificado nesse estudo.

Outro fator destacado pelos participantes como contribuinte para essa exclusão está relacionado às características do atendimento odontológico, que difere do realizado pelo restante dos profissionais da equipe, uma vez que envolve, essencialmente, procedimentos clínicos, fazendo com que o tempo de consulta seja mais longo e como consequência menos rentável em termos

de quantidade de pacientes atendidos. Tal afirmação corrobora com o mencionado anteriormente e reforça o mostrado no estudo de Gonçalves e Ramos (2010).

Assim como citado no estudo de Oliveira et al. (2007) existe a necessidade de estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais da equipe, a odontologia precisa ser entendida como parte da equipe de saúde essencial para o planejamento e não ser restrita a questões que envolvam somente a saúde bucal. No estudo de Oliveira et al. (2007) foi identificado nos relatos dos profissionais entrevistados que sente-se a falta do reconhecimento da odontologia como parte da equipe, segundo o estudo, só haverá mudanças quando os demais profissionais da equipe entenderem as práticas e o real papel da odontologia. Esse sentimento também foi relatado no estudo presente.

Entretanto, observou-se nesse estudo que existe um certo conforto do profissional diante dessa exclusão, uma vez que como citado por Lourenço et al. (2009) o trabalho multiprofissional exige uma maior integração da equipe o que acarreta em um ambiente de conflitos, divergências e resistência e isso representa um grande desafio.

Outro fator que pode ser observado nesse estudo foi a importância do vínculo com a comunidade, visto que foi perceptível a elaboração de estratégias, mesmo que às vezes de forma inconsciente, pelos profissionais que atuavam há mais tempo em um mesmo centro de saúde, favorecendo o planejamento das ações referentes à comunidade em questão. Tal fato se sustenta a medida que, assim como citado por Gonçalves e Ramos (2010 apud ASSUNÇÃO, 2003, p.1006) o vínculo só é estabelecido através da relação de confiança adquirida pelo tempo em que se atua no território com a comunidade.

7. CONCLUSÃO

A avaliação e a busca por compreensão das condições que dificultam a participação do cirurgião-dentista no planejamento em equipe na ESF constituem um importante passo para a real inserção desse profissional na equipe de saúde para a atuação de forma integral e multidisciplinar à comunidade.

Com este estudo foi possível perceber que ainda estamos distantes do preconizado por este modelo de atenção, porém essas mudanças constituem-se em um passo indispensável diante das necessidades impostas pelo momento presente. Os resultados aqui apontados nos levam à conclusão de que a abstenção da classe no planejamento em equipe está vinculada:

- Ao processo de formação acadêmico, que apesar de já ter sofrido alterações, ainda encontra-se longe do ideal. Existe uma urgência na mudança do perfil profissional e da imagem concedida acerca da odontologia às outras áreas da saúde.
- A insegurança, o desconhecimento e a falta de direcionamento para realizar atividades que fujam aos procedimentos clínicos, estando isso muitas vezes relacionadas ao modelo de formação.
- A dificuldade de inserção na equipe de saúde multidisciplinar que gera um sentimento de exclusão decorrente do perfil histórico atribuído ao profissional, que serve tanto de obstáculo pra ele quanto para os demais membros da equipe, bem como para a comunidade. Frente a isso, observa-se a necessidade do esforço do próprio profissional, visto que a odontologia ainda precisa conquistar seu espaço dentro da equipe de saúde.
- A atuação da gestão que devido à demanda excessiva muitas vezes priva o profissional do exercício fora do consultório.
- A demanda excessiva sobrecarrega o profissional, que acaba optando na tentativa de supri-la em detrimento ao planejamento junto à equipe, fator esse

que pode ser atribuído também ao modelo de ensino a que foram submetidos na graduação, o que gerou uma visão reducionista do papel da odontologia.

- A frustração profissional decorrente da falta de recursos humanos, apoio da comunidade e, algumas vezes, da falta de materiais e equipamentos essenciais, o que leva a desilusão e por consequência falta de estímulo para realização de atividades de planejamento.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Yanne Pinheiro de; DIMENSTEIN, Magda. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 219-227, Mar. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100031&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 13 Fev. 2017.

BOTTAN, Elisabete Rabaldo et al. Avaliação de serviços odontológicos: a visão dos pacientes. **Revista da ABENO**, v.6, n.2, p.128-33, Julho/dezembro 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acessado em : 18 de janeiro de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.444, 28 de Dezembro de 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acessado em: 18 de janeiro de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde, Portal da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério de saúde, 2012. Disponível em: <

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php >. Acessado em: 04 de Fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes> , acessado em 04 de Fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/PlanejaSUS-2.pdf>>. Acessado em: 18 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde: 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acessado em: 21 de janeiro de 2016.

CASOTTI, César Augusto et al. Atuação do Cirurgião Dentista na estratégia de Saúde de Família. **Rev.Saúde.Com**, v.9, n.4, p. 285-294, 2013. Disponível em: < <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/204>>. Acessado em: 08 de março de 2017.

FARIAS, de Mariana Ramalho; SAMPAIO José Jackson Coelho. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.109-115, jan./mar., 2011.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor, [2010]. UNA-SUS: UNIFESP. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>, acessado em 24 de abril de 2016.

GONÇALVES, Evelise Ribeiro; RAMOS, Flávia Regina Souza. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 301-314, June 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200006&lng=en&nrm=iso>. acessado em 02 Fev. 2017.

REIS, Wagner Gomes; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CARCERERI, Daniela Lemos. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan-mar 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000100056&script=sci_abstract&lng=pt>, acessado em: 22 de jan. de 2016.

RESSEL, L. B et. al (2008). O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 779-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400021&script=sci_abstract&lng=pt>, acessado em: 22 de jan. de 2016.

RONZANI, Telmo Mota Ronzani; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):23-34, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007>, acessado em: 22 de jan. de 2016.

LACERDA, Josimari Telino; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali; MACHADO, Neila Maria Viçosa. Eixo I - Reconhecimento da realidade, Módulo

4 Processo de trabalho e planejamento na Estratégia Saúde da Família. **Especialização em saúde da família modalidade a distância**, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6298/mod_resource/content/1/Impresso_17-05/Modulo_4_Uni1.pdf>. Acessado em: 22 de Janeiro de 2016.

LEVORLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342001000200004&script=sci_abstract&lng=pt>, acessado em: 13 de fev. de 2016.

LOURENÇO, Eloisio do Carmo; SILVA, Ana Cláudia Baladelli; PEREIRA, Antonio Carlos. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1367-1377, Oct. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200900080009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 20 Fev. 2017.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; BUENO, Sonia Maria Villela. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 03 Mar. 2017.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CAMPOS, de Dalvan Antônio. Equipe Multiprofissional em Saúde da Família: do Documental ao Empírico no Interior da Amazônia. **Revista brasileira de educação médica**, 34 (3) : 379–389; 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300007>, acessado em: 12 de fev. de 2017.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; LIMA, Levi Abraão Marinho; MACHADO, Maria Helena. Sociologia das profissões e percepção de acadêmicos de Odontologia sobre o Agente Comunitário de Saúde em Saúde Bucal. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 15, n. 39, p. 1085-1096, Dec. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 08 Mar. 2017

MORITA, Maria Celeste; KRIGER, Léo. O conceito de saúde explicitado na Constituição e os princípios que nortearam a criação e implantação do SUS são fundamentais na definição das Diretrizes Curriculares dos cursos da área de Saúde. **Revista da ABENO**, v.4, n. 1, p. 17-21, 2004.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo et al. Relações de trabalho em equipe dos cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família nos municípios de Vitória e Vila Velha, ES: uma visão interdisciplinar. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, v.9, n.3, p.23-30, set./dez. 2007. Disponível em:<<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/595>>, acessado em: 13 de fev. de 2016.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries - Saúde no Brasil 1**, 9 de maio de 2011. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352546>>, acessado em: 13 de fev. de 2016.

PAVONI, Daniela Soccoloski, MEDEIROS, Cássia Regina Gotler . Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 265-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015>, acessado em: 13 de fev. de 2016.

QUEIRÓS, Pollyanna de Siqueira et al. (2010) . Planejamento estratégico de uma unidade saúde da família - Região leste de Goiânia. **Revista de Salud Pública**, (XIV) 1: 15-23, jun. 2010. Disponível em: <<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7052>>, acessado em: 22 de jan, de 2016.

SANTOS, Marco Antônio Merechia; CUTOLO Luiz Roberto Agea. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, V. 33. n . 3, p.31-40, 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=451357&indexSearch=ID>>, acessado em: 22 de jan. 2016.

SECCO, Luciane Gabeira; PEREIRA, Maria Lúcia Toralles. A profissionalização docente e os desafios político-estruturais dos formadores em Odontologia. **Revista da ABENO**, v.4, n. 1, p.22-28, 2004.

SOARES, Érika Fernandes; REIS, Sandra Cristina Guimarães Bahia; FREIRE, Maria do Carmo Matias. Características ideais do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 327-341, maio/ago 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200007>, acessado em: 22 de jan. de 2016.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Esc Anna Nery (impr.) 2013 jan -mar; 17 (1):133 - 141. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019>, acessado em: 13 de fev. de 2016.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1), p.1565-1577, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800030&script=sci_abstract&tlng=pt>, acessado em: 13 de fev. de 2016.

Apêndice A – Roteiro da entrevista (grupo focal)

- 1) O que os levou a quererem trabalhar no Sistema único de Saúde (SUS)?
Se consideram preparados para trabalhar nesse modelo de atenção (Estratégia Saúde da Família)?
- 2) Na sua opinião, o que é o trabalho multiprofissional e interdisciplinar preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica? Como isso ocorre na prática?
- 3) Como é a relação com a equipe de saúde da família? Vocês se sentem parte dela? Há abertura por parte dos outros profissionais?
- 4) A Equipe de Saúde da Família na sua Unidade de Saúde faz reuniões de planejamento das ações? Você participa dessas reuniões?
- 5) Que fatores favorecem sua participação nessas reuniões? Que fatores dificultam?
- 6) Consideram importante o papel da odontologia no planejamento das ações de saúde? De que forma o cirurgião-dentista pode contribuir?
- 7) Na opinião de vocês, o que é necessário para que o cirurgião-dentista consiga de fato se inserir na equipe de saúde?

Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PLANEJAMENTO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SC.** O objetivo deste estudo é identificar e discutir alguns fatores que interferem na participação dos cirurgiões-dentistas nas atividades de planejamento em equipe na atenção básica do município de Florianópolis. A pesquisa se justifica pela necessidade de se conhecer as razões que contribuem para esse quadro, afim de subsidiar a tomada de medidas para que essa realidade seja modificada.

Os resultados da pesquisa visam identificar os aspectos que levam alguns desses profissionais da rede básica de saúde a não participar do planejamento em equipe enquanto outros participam ativamente dessa atividade. Esses dados também serão disponibilizados à Secretaria Municipal de Saúde, para que possa utilizá-los de forma a potencializar a participação dos profissionais da rede básica no planejamento das ações das equipes junto as quais atuam.

Além disso, as informações serão utilizadas para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso da estudante Luiza Rossini de Moura, que está concluindo o curso de graduação em Odontologia na Universidade Federal de Santa Catarina.

Sua participação nessa pesquisa é livre e voluntária, e consiste em participar de uma entrevista comandada pela pesquisadora onde serão discutidas algumas questões referentes a participação no planejamento de ações da equipe saúde da família juntamente com outros cirurgiões-dentistas da rede básica de saúde do município de Florianópolis. A entrevista poderá ser gravada se você assim autorizar.

A pesquisa será desenvolvida segundo as normas da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Segundo esta resolução, qualquer pesquisa possui riscos e benefícios. O ato de responder a uma entrevista tem como riscos a exposição de opiniões pessoais ao pesquisador, que por vezes causa constrangimento, ou então podem trazer à memória experiências ou situações vividas que podem causar desconforto a você. No entanto, as informações obtidas através dessa entrevista são confidenciais, e asseguramos o sigilo sobre sua participação, sendo que seu nome e dados pessoais não serão divulgados, para que você não seja identificado. Você terá o direito de pedir uma indenização caso se sinta lesado de alguma forma em decorrência da sua participação nessa pesquisa, é um direito seu assegurado em lei. Você também pode solicitar a pesquisadora ressarcimento de quaisquer despesas que possa ter tido ao participar dessa pesquisa.

O benefício desta pesquisa consiste na oportunidade de compartilhar sentimentos e percepções com outros profissionais possibilitando o acréscimo de novas perspectivas ao exercício de sua profissão na atenção básica.

Você tem o direito de negar-se a participar, se assim o desejar, sem sofrer qualquer risco ou prejuízo caso assim o decida. Você também pode desistir da participação a qualquer momento, mesmo após ter participado da pesquisa, sem que haja prejuízo ao seu serviço neste setor da saúde ou sofra quaisquer sanções ou constrangimentos. Você poderá fazê-lo através dos telefones de contato da pesquisadora e/ou orientadora, que se encontram ao final deste termo.

Se houver qualquer dúvida com relação a esta pesquisa, é possível esclarecê-la(s) durante a entrevista, ou após a sua realização, também através do contato com a pesquisadora e/ou orientadora, uma vez que você receberá uma cópia deste termo devidamente assinado.

Com sua participação, você estará contribuindo para a formação da estudante Luiza Rossini de Moura no curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e colaborando para a obtenção de dados para a pesquisa.

Eu, _____ (NOME COMPLETO)

_____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, concordo em participar, e () autorizo / () não autorizo a gravação da entrevista.

Assinatura:

_____.

Eu, Luiza Rossini de Moura, atesto que esclareci cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo além dos possíveis riscos e benefícios da participação na mesma juntamente ao participante.

Assinatura:_____.

Data: ____/____/ 2016.

PESQUISADORA:

Luiza Rossini de Moura

Endereço: Rua Luiz Oscar de Carvalho, número 100, Trindade - Florianópolis,
SC

CEP 88036-400

Telefone: (47) 99959646

E-mail: luiza_rossini@hotmail.com

ORIENTADORA**Claudia Flemming Colussi**

Universidade Federal de Santa Catarina; Departamento de Saúde Pública

Endereço: Campus Universitário Trindade, s/n; CEP 88040-900 Florianópolis,
SC

Telefones: (48) 3721-5146; (48)9156-0191

E-mail: claudia.colussi@ufsc.br

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC):

Endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor
Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400

Telefone: (48) 3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Anexo A - Parecer cosubstanciado do comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO PLANEJAMENTO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SC

Pesquisador: Claudia Flemming Colussi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58570116.7.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.737.715

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa como Conclusão de Curso de graduação de odontologia da UFSC. Tem como proposta metodológica o grupo focal a ser realizado com profissionais da odontologia que fazem parte da estratégia de saúde da família do município de Florianópolis. Os mesmos serão recrutados por intermédio da gerência de saúde bucal do município anteriormente mencionado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os fatores que influenciam na participação dos cirurgiões-dentistas da atenção básica do município de Florianópolis no planejamento das ações da equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Objetivo Secundário:

• Promover um espaço para discussão entre os cirurgiões-dentistas da atenção básica do município de Florianópolis sobre a participação no planejamento das ações das equipes da Estratégia Saúde da Família;• Identificar a opinião dos profissionais sobre a importância da participação dos profissionais de saúde bucal no planejamento da equipe de saúde;• Identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelos cirurgiões dentistas

para a participação efetiva no planejamento das ações das Equipes de Saúde da Família;•

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.737.715

Sistematizar e analisar os resultados encontrados, compartilhando-os com a Coordenação de Saúde Bucal do município, para que possa atuar sobre os fatores que possam estar dificultando ou impedindo a participação dos cirurgiões-dentistas no planejamento das ações das Equipes de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios:

Os profissionais terão a oportunidade de discutir com colegas um tema extremamente importante para seu trabalho, o que pode despertar o interesse pelo tema e o compartilhamento de experiências enriquecedoras para todos os participantes. Além disso, as informações obtidas a partir da pesquisa subsidiarão ações por parte da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, no sentido de atender as expectativas manifestadas pelos cirurgiões dentistas com relação as dificuldades ou barreiras que encontram para a sua efetiva participação no planejamento das ações das equipes de saúde da família onde atuam.

Riscos:

A participação dos sujeitos em um grupo focal poderá expor informações e opiniões pessoais, poderá causar constrangimentos (o indivíduo não quer participar mas fica constrangido de se recusar a fazê-lo) ou trazer à memória experiências ou situações vividas que causam desconforto a ele.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta relevância pela possibilidade de ampliar a participação dos profissionais de saúde bucal nas ações de planejamento da Equipe de saúde da família. Apresenta a documentação necessária para a tramitação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE encontra-se adequadamente redigido de acordo com as Resolução 466/2012.

Recomendações:

sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

conclusão: aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço:	Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401		
Bairro:	Trindade	CEP:	88.040-400
UF:	SC	Município:	FLORIANOPOLIS
Telefone:	(48)3721-6094	E-mail:	cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.737.715

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_769048.pdf	10/08/2016 09:31:23		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	04/08/2016 16:42:16	Claudia Flemming Colussi	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Luiza_Rossini.doc	04/08/2016 16:41:08	Claudia Flemming Colussi	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_Luiza_Rossini.pdf	04/08/2016 16:40:51	Claudia Flemming Colussi	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Luiza_Rossini.pdf	04/08/2016 16:19:57	Claudia Flemming Colussi	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 20 de Setembro de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br