

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Gianina Salton Mattevi

**A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO
À CRIANÇA NO CONTEXTO HOSPITALAR: PERCEPÇÕES
DE USUÁRIOS E EQUIPE DE SAÚDE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA**

Florianópolis
2010

Gianina Salton Mattevi

**A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO
À CRIANÇA NO CONTEXTO HOSPITALAR: PERCEPÇÕES
DE USUÁRIOS E EQUIPE DE SAÚDE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Inês Beatriz da Silva Rath.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Zuleica Maria Patrício Karnopp

Florianópolis
2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

M435p Mattevi, Gianina Salton

A participação do cirurgião-dentista na atenção à criança no contexto hospitalar [dissertação] : percepções de usuários e equipe de saúde do hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina / Gianina Salton Mattevi ; orientadora, Inês Beatriz da Silva Rath ; co-orientadora, Zuleica Maria Patrício. - Florianópolis, SC, 2010.

119 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Odontologia sanitária. 3. Promoção da saúde - Florianópolis, SC. 4. Unidade hospitalar de odontologia. 5. Assistência odontológica para crianças. I. Rath, Ines Beatriz da Silva. II. Patricio, Zuleica Maria. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. IV. Título.

CDU 616.314

GIANINA SALTON MATTEVI

**A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA
ATENÇÃO À CRIANÇA NO CONTEXTO HOSPITALAR:
PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS E EQUIPE DE SAÚDE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

Esta DISSERTAÇÃO foi julgada adequada para obtenção do título de MESTRE EM ODONTOLOGIA – ÀREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA.

Florianópolis, 25 de março de 2010.

Prof. Dr. Ricardo de Souza Magini
*Coordenador do Programa de Pós-Graduação em
Odontologia*

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath
Presidente

Profa. Dra. Zuleica Maria Patrício
Membro

Prof. Dr. Jefferson Luiz Traebert
Membro

Profa. Dra. Vera Lúcia Bosco
Membro

Profa. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Membro (suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a **Deus** por iluminar e guiar o meu caminho e por me fazer perseverar na busca pelos meus ideais.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** por me acolher e proporcionar ensino e aprimoramento profissional.

À **direção do Hospital Universitário**, por aceitar o desenvolvimento da minha pesquisa nesta Instituição.

Aos meus pais, **Eduardo e Maria Luiza**, que me educaram e mostraram os valores essenciais para a minha formação e sempre me deram força e incentivo, impulsionando o meu crescimento em todos os sentidos. Agradeço pelo apoio financeiro, emocional e pela paciência em todos os momentos.

Ao meu amor e melhor amigo, **Fernando Buffon**, que foi o meu maior companheiro nesta jornada. Agradeço pela compreensão durante a minha ausência, por me escutar, aconselhar e incentivar nos momentos difíceis e por vibrar com as minhas alegrias e vitórias. Obrigada pela segurança e tranquilidade que você me transmite.

À Professora Doutora **Inês Beatriz da Silva Rath**, pela orientação e pelo exemplo de ser humano. Sua amizade e atenção foram imprescindíveis nos últimos dois anos. Obrigada, também, pelos encontros em minha casa, pela confiança e ajuda na realização deste trabalho.

À Professora Doutora **Zuleica Maria Patrício**, que foi uma professora dedicada me passando ensinamentos valiosos da metodologia qualitativa, agradeço pelo conhecimento e pela contribuição inestimável a este trabalho.

À querida Professora **Miriam Lago Magro**, pelo exemplo de profissional e pessoa, pela amizade, confiança e por incentivar-me a seguir a carreira acadêmica na área da Odontologia em Saúde Coletiva.

Aos Professores **Paulo do Prado Funk** e **Daniela Corralo**, que me mostraram o quanto o trabalho social é importante dentro da odontologia, dando início ao meu interesse à Odontologia em Saúde Coletiva.

À Professora Doutora **Vera Lúcia Bosco**, pelos ensinamentos e conselhos passados nestes últimos dois anos.

Aos meus irmãos **Rodrigo** e **Giovana**, que mesmo longe sei que estão torcendo pelo meu crescimento e sucesso.

Aos meus queridos **primos**, que são como irmãos, sempre me proporcionando ótimos momentos de descontração e alegria.

Ao querido primo **Aurélio Salton**, um exemplo de pessoa e pesquisador, que prestou ajuda inestimável com sua sabedoria auxiliando-me com a realização do meu abstract e, também, acalmando as minhas angústias.

À minha amada prima e irmã, **Estelita Salton**, agradeço pelas palavras de incentivo nos momentos de desânimo, sempre mostrando que acredita no meu potencial.

Aos queridos **tios**, que mesmo distante sempre estão torcendo por mim e vibrando com as minhas conquistas.

À colega de mestrado e amiga **Daniela de Rossi Figueiredo** e o seu marido **Alci Figueiredo** que além de me levarem a ótimos momentos de descontração, me ajudaram muito com a formatação deste trabalho.

Aos colegas de mestrado, **Daniela, Ana Luiza, Denise e Paulo**, sempre presentes nos últimos dois anos, nos quais compartilhamos alegrias e angústias, vitórias e derrotas, tornando todos os momentos mais agradáveis.

Aos queridos **alunos** do “Projeto do HU”, pelo trabalho e momentos divertidos que passamos juntos, sem eles esse trabalho não seria realidade.

Aos **profissionais da equipe de enfermagem** do HU, que sempre me receberam de braços abertos e solícitos em ajudar o “Projeto do HU” e a esta pesquisa.

A todos os **participantes** desta pesquisa, pela confiança depositada em mim, dividindo comigo as suas reflexões, idealizações e pensamentos. Possibilitando o meu crescimento como ser humano e pesquisadora.

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação, que todos de alguma maneira contribuíram para a execução e finalização desta pesquisa, e por dividir os seus conhecimentos.

Ao **Renato** pela cuidadosa revisão deste trabalho.

“Colecione os tesouros das boas obras, do bem que pratica em benefício do próximo, porque essas riquezas o acompanharão além-túmulo.”

Minutos de Sabedoria

RESUMO

Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, realizada no período de maio de 2008 a dezembro de 2009, com o objetivo de analisar as percepções da equipe de saúde e de usuários da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da UFSC quanto à participação do cirurgião-dentista na atenção à saúde da criança hospitalizada, considerando-se as Diretrizes Curriculares Nacionais e as Políticas Públicas de Saúde do Brasil, e sabendo-se que existe um projeto (“Projeto do HU”) com alunos dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia prestando atenção odontológica, diariamente, dentro dessa unidade. O processo da pesquisa constituiu-se de três fases caracterizadas como “Entrando no Campo”, “Ficando no Campo” e “Saindo do Campo”. Os dados foram levantados no próprio contexto do Hospital, através de entrevista, com auxílio de um formulário constituído por questões semi-estruturadas, o qual foi aplicado após validação por estudo piloto. A população estudada constituiu-se de vinte participantes, sendo cinco crianças, sete acompanhantes e oito profissionais da equipe de saúde que atuam na unidade. A análise dos dados evidenciou discursos originados pela experiência com os profissionais naquele contexto e também por crenças e conhecimentos acerca do papel do cirurgião-dentista na atenção integral à criança. A síntese das categorias mostra que a participação do cirurgião-dentista é fundamental para a atenção integral e humanizada da criança no contexto hospitalar. O cirurgião-dentista foi percebido como um profissional: da saúde bucal e membro da equipe multidisciplinar tendo em vista a concretização do conceito de saúde integral; que representa sofrimento e também bem estar; de apoio às atividades de assistência da equipe e para dinamizar e otimizar o trabalho interdisciplinar; e educador na prevenção de doenças e promoção da saúde. Ressalte-se, como um tema emergente, o fato desse profissional ser considerado importante no contexto hospitalar para suprir necessidades da assistência odontológica oferecida à população no serviço público. As percepções da população do estudo apontam para a necessidade de haver um trabalho que garanta a presença contínua do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar e para o aprimoramento da equipe, com vistas à concretização do trabalho interdisciplinar, especialmente no que se refere à participação efetiva na equipe multiprofissional daquela unidade. Os resultados da pesquisa contribuíram, também, para evidenciar dois aspectos não previstos: a) o

estado da arte da proposta do “Projeto do HU”, mostrando seus méritos e fragilidades, evidenciando sua relevância social para além da formação profissional, tendo em vista os benefícios que proporciona junto aos usuários naquele contexto; b) e o distanciamento do texto da Lei do Exercício Profissional da Odontologia com as Políticas Públicas de Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais, sugerindo sua revisão e atualização.

Palavras-chave: Odontologia em Saúde Pública; Unidade Hospitalar de Odontologia; Promoção da Saúde; Assistência Odontológica para Crianças

ABSTRACT

This thesis is an exploratory survey of qualitative approach performed from May 2008 to December 2009 with the objective of analyzing the perceptions both of the health team and of the users of the Pediatric Unit of the University Hospital of UFSC regarding the participation of the Dentist in the health care of the hospitalized children, considering the National Curriculum Guidelines and the Public Health Policy of Brazil, and acknowledging the existence of a project ("HU Project") with students of the Graduation and Post-Graduation Courses in Dentistry providing dental care, daily, within this unit. The research process consisted of three phases characterized as "Entering The Field", "Staying in the Field" and "Leaving the Field". The data was acquired at the very context of the Hospital through interviews and the aid of a form with semi-structured questions, such form was only applied after its validation via a pilot study. The studied population consisted of twenty participants, namely, five children, seven caretaker and eight professionals of the health team working at the Unit. The analyses of the data exposed the discourse generated by the experience of professionals in that context and because they believe and knowledge on the role of the dentist regarding integral care to the children. A summary of the categories of study shows that the participation of the Dentist is essential to a comprehensive and humane care of the children in the hospital. The dentist was perceived as a professional: in the area of oral health care and as a member of the multidisciplinary team with the objective of achieving comprehensive health care; that represents suffering and also well being; that supports the assistance activities of the team and that streamlines and optimizes the interdisciplinary work; educator in disease prevention and health promotion. It should be noted, as an emerging issue, that this professional must be considered important for hospitals to meet the needs of dental care to people in the public service. Perceptions of the study point to the need for a job that ensures the continued presence of the dentist in the hospital and for the betterment of the team in order to achieve interdisciplinary work, especially regarding the effective participation of the health team in that context. The results of the survey also helped to evidence two aspects not foreseen: a) the state-of-the-art of the proposal of "HU Project", exposing its merits and fragilities, showing social relevance beyond the professional training, considering the benefits it provides to the user in the context; b) the distance between the Law of Professional Practice of

Dentistry with the Brazilian Public Health Policy and the National Curriculum Guidelines, suggesting its review and update.

Key words: Public Health Dentistry; Dental Service, Hospital; Health Promotion; Dental Care for Children

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

CEPSH	Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos
CFO	Conselho Federal de Odontologia
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HU	Hospital Universitário
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRA	Tratamento Restaurador Atraumático
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
1.1 Problematização e Justificativa do Estudo	27
1.2 Objetivos	31
1.2.1 <i>Objetivo Geral</i>	31
1.2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	31
2 REFERENCIAL TEÓRICO	32
3 CAMINHO METODOLÓGICO	40
3.1 Tipo de Estudo	40
3.2 Local e Participantes da Pesquisa	41
3.2.1 <i>Local</i>	41
3.2.2 <i>Participantes</i>	42
3.3 Aspectos Éticos do Estudo	43
3.4 Processo de Levantamento, Registro, Análise e Devolução dos Dados	43
3.4.1 <i>Entrando no Campo</i>	44
3.4.2 <i>Ficando no Campo</i>	45
3.4.3 <i>Saindo do Campo - Processo de análise final e devolução dos dados</i>	47
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
4.1 Descrição dos Participantes do Estudo e seus Hábitos de Higiene Bucal	50
4.2 As Atividades Desenvolvidas pelo Cirurgião-Dentista Segundo os Participantes	51
4.3 O Cirurgião-Dentista na Atenção à Criança no Contexto Hospitalar	53
4.3.1 <i>A Participação do Cirurgião-Dentista como Membro da Equipe Multidisciplinar na Concretização do Conceito de Saúde Integral</i>	53
4.3.2 <i>A Participação do Cirurgião-Dentista como Apoio à Equipe e para Dinamizar e Otimizar o Trabalho Interdisciplinar</i>	55
4.3.3 <i>A Participação do Cirurgião-Dentista como Educador na Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde</i>	61
4.3.4 <i>O Cirurgião-Dentista Dentro da Unidade de Internação Pediátrica Suprindo Necessidades de Assistência Odontológica Não Realizada pela Dificuldade de Acesso ao Serviço Público</i>	63
4.3.5 <i>A Necessidade da Presença Contínua do Cirurgião-Dentista no Ambiente Hospitalar para Atenção Odontológica à População</i>	65
4.3.6 <i>Representação do Cirurgião-Dentista para os Participantes: Sofrimento e Bem Estar</i>	67
4.4 Discussão dos Resultados	69

5 REFLEXÕES FINAIS	80
Sugestões e Recomendações.....	83
6 REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES.....	93
ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problematização e Justificativa do Estudo

No Brasil, por sua extensão ou pela ampla desigualdade social, econômica e cultural, há necessidade de construção de ambientes e contextos promotores de práticas, que possibilitem e assegurem, a todos os cidadãos, o acesso a hábitos de vida saudáveis e os conhecimentos indispensáveis para adquiri-los. A promoção de saúde bucal coletiva em nível hospitalar, proporcionando conhecimento, motivando pacientes internados e seus acompanhantes na geração de bons hábitos, visa à assistência integral e mais humanizada do paciente hospitalizado (JÚNIOR et al., 2005). Essas ações têm se mostrado importantes na incorporação da higiene bucal dos pacientes à rotina hospitalar, reduzindo o biofilme dentário e, conseqüentemente, o risco de infecções provenientes da microbiota bucal.

A literatura evidencia que a permanência em ambiente hospitalar por mais de 48 horas leva a alterações na flora bacteriana da pele, cavidade bucal, trato respiratório e genital, composta por bactérias, próprias do local, com menor padrão de resistência (MISIARA, 2004).

Infecções à distância, tais como no trato respiratório, abscessos pulmonares, otite média crônica, sinusites, abscessos cerebrais, mastoidites crônicas, infecções cardíacas e das articulações, têm sido relacionadas com a presença de bactérias anaeróbicas provenientes de infecções dentais. Quadros de pneumonias por aspiração de saliva podem ser decorrentes de micro-organismos provenientes da microbiota indígena bucal, ou de espécies presentes na placa supragengival madura, nas necroses pulpares e abscessos dentários (BROOK, 2000; DAHLÉN; MÖLLER, 1992; SLOTS, 1992).

Em pacientes vulneráveis, o tratamento periodontal, associado a uma melhora da qualidade da higiene oral, tem se mostrado eficaz para a prevenção de infecções respiratórias graves pela redução de micro-organismos patogênicos na cavidade bucal (SCANNAPIECO; JÚNIOR, 2004). De Riso et al. (1996) verificaram que a descontaminação prévia da cavidade bucal com clorexidina a 0,12% reduziu a taxa de infecções do trato respiratório em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas e com uso de respiradores artificiais. Dessa forma, a descontaminação do trato digestivo se torna uma estratégia para diminuir as taxas de infecção hospitalar, pela redução da colonização de bactérias na superfície orofaríngea, reduzindo o índice de bacteremia e uma subsequente infecção.

A má condição dental pode estar associada a dificuldades na alimentação, tendo saúde bucal e nutrição uma relação de sinergia. Assim, manifestações bucais causam impacto na habilidade de alimentar-se como também na dieta e no estado nutricional. A dieta pode afetar o desenvolvimento e a integridade da cavidade bucal, bem como a progressão de doenças bucais (ADA, 2007). Dessa forma, é esperado que crianças com má condição bucal apresentem maior número de infecções, quadro de desnutrição e maior dificuldade na recuperação do estado nutricional e da saúde geral.

Dadas as características da população que habitualmente busca atendimento hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – a maioria de baixa renda e baixa escolaridade (STAMM et al., 2002) e, de acordo com levantamentos epidemiológicos (BRASIL, 2004; PERES, BASTOS, LATORRE, 2000) aquela em que há maior prevalência da doença cárie – é esperado que haja demanda de necessidades odontológicas acumuladas nos pacientes internados. O tratamento odontológico em pacientes hospitalizados, assim como ações de promoção de saúde, contribui para a prevenção e/ou melhora da condição sistêmica do paciente, diminuindo a incidência de infecções respiratórias, a necessidade de antibióticos sistêmicos e sua consequente mortalidade, o que resulta em uma economia significativa (DE RISO et al., 1996; MORAIS et al., 2006)

Porém, apesar de essa realidade mostrar a importância da intervenção odontológica no contexto hospitalar, e de as Políticas Públicas em Saúde e Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação em Odontologia prescreverem a participação do cirurgião-dentista nos três níveis de atenção à saúde da população, a presença desse profissional na equipe de saúde parece ser, ainda, uma utopia.

Além disso, os estudos científicos disponíveis na literatura sobre o trabalho da odontologia em nível hospitalar, em razão de não apresentarem foco na participação do cirurgião-dentista na assistência integral da população, não favorecem essa discussão.

Contudo, atualmente tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei n.º 2.776/2008 (Anexo A), de autoria do deputado federal Neilton Mulim da Costa. Esse projeto de lei não só obriga a presença do cirurgião-dentista nas UTIs, como também estabelece a obrigatoriedade de profissionais de Odontologia em clínicas ou hospitais públicos e privados em que haja pacientes internados, para que possam receber cuidados referentes à saúde bucal (CRO/PI, 2008; MULIM, 2008).

A finalidade do projeto de lei é que os pacientes sejam tratados de uma forma integral, para que infecções periféricas não interfiram na melhora do quadro inicial, pois a saúde oral não pode ser desvinculada da saúde geral. A presença do cirurgião-dentista resultaria em uma diminuição no período de internação, reduziria o risco de contrair infecções e, por conseguinte, melhoraria o atendimento aos pacientes que buscam os hospitais (DE RISO et al., 1996; MULIM, 2008; OLIVEIRA et al., 2007; SCANNAPIECO; JÚNIOR, 2004).

O principal objetivo desse projeto de lei é conscientizar sobre a necessidade do cirurgião-dentista nas UTIs, já que uma medida simples, de baixo custo e viável, que pode ajudar na recuperação do paciente e até salvar vidas, tem sido ignorada por muitos hospitais brasileiros, tanto públicos como privados. Se o paciente apresenta infecções bucais, principalmente periodontopatias, podem surgir outras doenças sistêmicas, agravando a saúde geral.

Em consonância com essas concepções e com as DCNs, o Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) tem garantido em seu projeto pedagógico a inserção de seus alunos em diferentes cenários de prática, incluindo o hospitalar. Especificamente, para desenvolver as competências e habilidades do cirurgião-dentista no contexto hospitalar, foi criado em 2004 um projeto de extensão voltado para ações odontológicas de cunho preventivo na Unidade de Internação Pediátrica do HU/UFSC.

Em 2008, a partir da análise das demandas da população atendida naquele serviço, a proposta foi aperfeiçoada com vistas à ampliação das ações, tendo como objetivo promover a atenção integral à saúde da criança, visando contribuir para a saúde geral e qualidade de vida das crianças assistidas e que as atividades educativas e preventivas tenham impacto na mudança de hábitos de toda a população envolvida.

Atualmente o projeto é denominado “Atenção Odontológica para Pacientes Internados na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário da UFSC”, popularmente conhecido no ambiente acadêmico do Curso de Odontologia como “**Projeto do HU**”. As atividades são desenvolvidas por um grupo de alunos do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Mestrado e Doutorado), sob a coordenação de uma docente desse curso.

As atividades desenvolvidas nesse projeto são: adequação do meio bucal, como extrações de dentes sem condições de serem restaurados e curativos em dentes com indicação para tratamento de canal; tratamento restaurador atraumático (TRA) nas crianças que apresentam lesões de cárie sem envolvimento pulpar; encaminhamentos

para os serviços de saúde da localidade de origem, para dar continuidade ao tratamento, contemplando o sistema de referência e contrarreferência do SUS. Atividades preventivas e educativas são realizadas paralelamente à intervenção odontológica, através de orientações direcionadas às crianças e seus acompanhantes, buscando informá-los, conscientizá-los e motivá-los quanto à importância da saúde bucal e sua repercussão na saúde geral. No contexto educativo são realizadas atividades lúdicas (filmes, teatro de fantoches, histórias, com conteúdo informativo e educativo sobre saúde bucal). Faz parte do protocolo realizar o levantamento dos aspectos socioeconômicos e culturais da população atendida a partir de um formulário próprio criado para esse estudo (modificado de RATH, 2004).

A análise dos relatórios técnicos desse projeto, dos últimos três anos, e de depoimentos verbais de integrantes da equipe de saúde da Unidade Pediátrica e da população já atendida pelos alunos participantes do “Projeto do HU”, exercendo atividades relativas à área da odontologia, evidencia o alcance dos objetivos e a aceitação plena da presença de um cirurgião-dentista naquele contexto.

A reflexão sobre essa análise, associada aos dados que mostram a importância do cirurgião-dentista para a saúde e a necessidade de sua inserção no cenário da atenção integral, gerou, por parte de integrantes do projeto, o interesse de realizar um estudo empírico que pudesse fornecer conhecimentos sobre a necessidade da participação efetiva dessa categoria profissional, no âmbito da equipe de saúde, no contexto hospitalar.

A partir disso, foi estabelecido, no projeto de pesquisa, o tema “Participação do cirurgião-dentista na atenção à saúde da criança hospitalizada, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais e as Políticas Públicas de Saúde do Brasil”.

Esse tema insere-se na área de concentração “Odontologia em Saúde Coletiva” do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, e o presente estudo vincula-se ao “Grupo de Pesquisa em Odontologia para Pacientes Especiais/UFSC”.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar as percepções da equipe de saúde e de usuários da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da UFSC quanto à participação do cirurgião-dentista na atenção à saúde da criança hospitalizada, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais e as Políticas Públicas de Saúde do Brasil.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as percepções dos usuários (crianças e acompanhantes) sobre as atividades desenvolvidas por alunos, no papel de cirurgião-dentista, do Curso de Graduação em Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC durante o período de internação na Unidade de Internação Pediátrica do HU/UFSC.
- Identificar as percepções da equipe de saúde da Unidade de Internação Pediátrica do HU/UFSC sobre as atividades desenvolvidas por alunos, no papel de cirurgião-dentista, do Curso de Graduação em Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC junto às crianças internadas.
- Identificar as percepções da população do estudo sobre a participação efetiva do cirurgião-dentista na equipe de atenção à saúde da criança internada na Unidade Pediátrica do HU/UFSC.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Conselho Federal de Odontologia estabelece as Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia através da Resolução CFO-63/2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, de 19 de abril de 2005, página 104, em seu Capítulo II – Atividades Privativas do cirurgião-dentista, Art. 4º. O exercício das atividades profissionais privativas do cirurgião-dentista só é permitido com a observância do disposto nas Leis 4.324, de 14 de abril de 1964, e 5.081, de 24 de agosto de 1966, no Decreto 68.704, de 3 de junho de 1971; e demais normas expedidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2005).

Segundo essa resolução, compete ao cirurgião-dentista praticar atos pertinentes à Odontologia decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular de graduação ou de pós-graduação: prescrever medicamentos; emitir atestados; proceder à perícia odonto-legal; aplicar anestesia local e troncular; empregar a analgesia e a hipnose; manter consultório com instalações adequadas específicas; prescrever e aplicar medicação de urgência. No exercício da função de perito-odontológico, as vias de acesso são as do pescoço e da cabeça (Anexo B) (CFO, 1966).

Ressalte-se que essa resolução também prevê a atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar para atividades de tratamento odontológico que exijam intervenção sob anestesia geral, sendo a mesma realizada por profissional médico especialista.

A prática do cirurgião-dentista também está condicionada ao Código de Ética Odontológica (2006), aprovado pela Resolução CFO-42, de 20 de maio de 2003. O texto do capítulo XIV desse código foi alterado através da Resolução CFO-71, de 6 de junho de 2006, aprovada na CCIX Reunião Ordinária, de 25 de maio de 2006 (Anexo C).

Conforme o Código de Ética Odontológica, em seu Capítulo IX – Da Odontologia Hospitalar, Art. 19, as atividades exercidas em hospital obedecerão às normas do Conselho Federal de Odontologia que são regidas pela Lei 5.081 (CFO, 2006).

Ainda, de acordo com o Código de Ética Odontológica, em seu Capítulo II – Dos Direitos Fundamentais, Art. 3º, constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo as suas atribuições específicas: diagnosticar, planejar e executar tratamentos; resguardar o segredo profissional; recusar-se a exercer a profissão onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres; direito de renunciar ao atendimento do paciente. E no mesmo código, em seu Capítulo III – Dos Deveres Fundamentais, Art. 5º, consta que constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia: zelar pelo

desempenho ético da Odontologia; exercer a profissão mantendo comportamento digno; manter atualizados os conhecimentos profissionais; zelar pela saúde e dignidade do paciente; guardar segredo profissional; promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções; manter atualizados os prontuários de pacientes; apontar falhas nos regulamentos e nas normas das instituições em que trabalhe; lutar pela harmonia na classe; abster-se da mercantilização da Odontologia; assumir responsabilidade pelos atos praticados; resguardar a privacidade do paciente; garantir ao paciente, ou seu responsável legal, acesso a seu prontuário.

Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Básica (2007) aponta as seguintes atribuições específicas do cirurgião-dentista (Anexo D): obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos; realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva; encaminhar e orientar usuários; coordenar e participar de ações coletivas; aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente (BRASIL, 2007).

Levando em consideração experiências isoladas ou parciais, acumuladas ao longo dos anos e, principalmente, as propostas da 8.^a Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a Constituição de 1988 instituiu uma seção sobre a saúde que aborda aspectos importantes como: o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação.), o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação), os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Os modelos assistenciais que se estruturam no Brasil devem contar, também, com a reordenação da prática odontológica, com transformações perceptíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal. O SUS, ao proporcionar uma base filosófica e programática que aponta para essa mudança de concepção, defende um Sistema de Saúde para todos os brasileiros (OLIVEIRA et al., 1999).

Para a concretização do SUS, o Ministério da Saúde teve como estratégia a implantação do Programa da Saúde da Família (PSF), em 1994, o que implicou significativas mudanças na forma de trabalhar a saúde, e na atitude pessoal e profissional em direção à interdisciplinaridade. Assim, deu-se início às transformações no atendimento à saúde, passando-se do foco exclusivo no indivíduo para a

família e a comunidade, de forma mais compreensiva, privilegiando a promoção e prevenção, em detrimento do assistencialismo curativo e desvinculado da realidade social vigente até então (SANTOS; CUTOLO, 2004).

O PSF é formado por equipes compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Dependendo das necessidades locais de saúde e das condições econômicas e administrativas dos municípios, outros profissionais estão sendo incluídos no programa, entre os quais cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas (BRASIL, 2007; AERTS; ABEGG; CESA, 2004).

O PSF simboliza uma mudança no modelo assistencial, transformando as práticas curativas em ações preventivas, a atuação monosssetorial na interssetorial, a exclusão na universalidade, contando com o apoio da comunidade para a superação das dificuldades (TRAD; BASTOS, 1998). Devido às dimensões do Brasil, a mudança do modelo de saúde ainda em construção mostra-se como um imenso desafio (SANTOS; CUTOLO, 2004).

Considerando a realidade atual do sistema de saúde vigente no país, as DCNs mostram que a formação precisa acontecer desde a graduação para atuar nas equipes de saúde. A abordagem multiprofissional objetiva treinar equipes de estudantes para encorajar famílias e comunidades a aceitarem a responsabilidade no controle de seus problemas de saúde, no seu auto-cuidado, como também, amparar seus esforços nesse sentido. Particularmente a Odontologia, que sempre manteve um distanciamento das demais profissões de saúde, necessitará reaproximar-se e desenvolver oportunidades de aprendizado dessa forma de trabalhar (MORITA; HADDAD, 2008).

Em um ensaio, Aerts, Abegg e Cesa (2004) apresentaram papéis plausíveis aos cirurgiões-dentistas no SUS. Acreditam que o trabalho desses profissionais em equipes de saúde multidisciplinares, desenvolvendo atividades de promoção e educação em saúde que considerem, concomitantemente, a saúde integral de indivíduos e coletividades, resultará em um acréscimo das condições de saúde da população.

De acordo com Japiassu (1976) a multidisciplinaridade é um trabalho com a simples justaposição de várias disciplinas, sem desenvolver um trabalho de equipe coordenado, sem uma combinação anterior sobre o trabalho a ser realizado, não havendo uma modificação ou enriquecimento das disciplinas contribuintes. Afirma, também, que unicamente o trabalho em equipe interdisciplinar permite uma divisão

racional do trabalho, aumentando, dessa forma, sua eficácia e sua produtividade. Para Demo (1999), a interdisciplinaridade pode ser definida como o aprofundamento com visão de abrangência, ou seja, a ótica especializada sendo ao mesmo tempo generalista, para compreender, simultaneamente, a particularidade e a complexidade da realidade. É mais bem exercitada em grupo, juntando qualitativamente as especialidades, e busca ver a necessidade de outros conhecimentos, principalmente daqueles que não possuem aprofundamento excessivo. De acordo com este autor, não é qualquer grupo que pode se dizer que é interdisciplinar, devendo para isso ser composto de especialidades distintas, ou de campos opostos, não importando o número de pessoas no grupo e sim a sua formação diversificada.

Dessa forma, o cirurgião-dentista necessita atuar em equipes interdisciplinares no planejamento de políticas públicas saudáveis e na ampliação de ações de vigilância da saúde da coletividade. Para isso, é essencial a reforma curricular dos cursos de Odontologia, para formar profissionais habilitados a desempenharem o trabalho exigido pelo SUS, e a contínua capacitação dos profissionais já formados e atuantes no sistema. Nesse sentido, deve haver uma articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC) (AERTS; ABEGG; CESA, 2004; MATOS; TOMITA, 2004; LACERDA; TRAEBERT, 2006; BESEN et al., 2007).

O termo interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que nos reporta imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base da atuação no PSF (SANTOS; CUTOLO, 2004, p. 37).

Para Moysés e Watt (2000), é fundamental, para ações de promoção de saúde, a conservação de boas relações do trabalho em equipe e a ampliação da capacidade de negociação e planejamento conjunto. Com isso, abrange-se o aprendizado de novas habilidades quando se constituem inter-relações em diferentes espaços sociais, resultando na formação de parcerias para a saúde e na divisão de poderes na tomada de decisão.

Por sua vez, Santos e Cutolo (2004) concluíram que é imprescindível uma reforma curricular visando à formação de profissionais generalistas e inseridos na realidade da população, para

construir vínculos e buscar soluções criativas por meio de uma convivência de concordância e produtiva entre os profissionais de diversas áreas da saúde. O momento é oportuno para a transformação do trabalho individual em interdisciplinar, o que contribuirá para uma redefinição dos caminhos a serem tomados em relação à formação, à pesquisa e aos currículos de cada curso da área da saúde, objetivando trocas de conhecimentos, técnicas e práticas que levem a um novo modelo de ação em saúde.

Segundo Favarão e Araújo (2004, p. 107),

A interdisciplinaridade corresponde a uma nova consciência da realidade, a um novo modo de pensar, que resulta num ato de troca, de reciprocidade e integração entre áreas diferentes de conhecimento, visando tanto à produção de novos conhecimentos, como à resolução de problemas, de modo global e abrangente.

No Brasil, as novas exigências na formação profissional em saúde estão refletidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação, em várias carreiras, que contam com um novo perfil profissional, fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competência dos seus egressos (LIMA, 2005).

A Resolução 3/02 CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as DCNs do Curso de Graduação em Odontologia (Anexo E), determina que a formação do cirurgião-dentista tenha por objetivo dotá-lo dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde listadas a seguir (BRASIL, 2002):

- Atenção à saúde: dentro de sua área profissional, os profissionais de saúde devem estar hábeis a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;

- Tomada de decisões: devem ter a capacidade de tomar decisões visando ao uso apropriado (eficácia e custo-efetividade) da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas, com base em evidências científicas;

- Comunicação: devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, devem estar hábeis a assumir posições de liderança, visando ao bem-estar da comunidade;

- Administração e gerenciamento: devem estar hábeis a tomar iniciativas, gerenciar e administrar; e

- Educação permanente: devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

Esta mesma resolução estabelece, dentre as competências para formação do cirurgião-dentista, as seguintes competências e habilidades específicas: Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

- Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, participando de programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde;
- Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente;
- Empregar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e temas relacionados ao interesse do indivíduo e da comunidade;
- Exercer as atividades em equipes interdisciplinares e trabalhar como agente de promoção de saúde.

Assim, a formação do cirurgião-dentista deverá contemplar as orientações do sistema de saúde vigente no país, considerando a atenção integral da saúde, num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe.

De acordo com Lacerda e Traebert (2006), o sistema de saúde do Brasil é composto por instituições de forma hierarquizada e os serviços estão associados em níveis de complexidade, de modo a regular o acesso aos mais especializados, que podem ser determinados pelo grau de incorporação de tecnologia; pelo grau de níveis de atenção ou pelos locais de atendimento.

Os níveis de atenção diferenciam-se pelas composições tecnológicas conforme sua densidade, seu custo e sua viabilidade para resolução de diferentes problemas de saúde, de acordo com as necessidades da população. A atenção primária é onde se realiza o primeiro contato com a população e deve ser a de uso mais frequente, considerada de baixa densidade tecnológica e de alta complexidade porque exige conhecimentos, habilidades e práticas de alta complexidade (MENDES, 1996). A atenção secundária é composta pelo serviço especializado e a terciária é o serviço prestado por hospitais que são de alta densidade (BRASIL, 2006).



Figura 1 – Pirâmide de um Sistema de Saúde. Adaptado de Lacerda e Traebert (2006)

Conforme a Figura 1, que representa o modelo hierárquico dos serviços de saúde, o nível de atenção primária é formado por domicílios e unidades de saúde; no secundário encontram-se as clínicas de especialidades e, no topo da pirâmide, o terciário, estão os hospitais e centros reabilitadores (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

Segundo Pinto (1992), atenção integral é o conjunto das atividades compreendidas pelos três níveis, nos quais se subentende a intervenção em outras áreas ou setores condicionantes do trabalho odontológico.

Os termos “assistência” e “atenção” possuem significados diferentes, sendo a assistência o conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos apontados essencialmente para as ações individuais, contemplando indivíduos, doentes ou não. Já a atenção engloba a assistência e as ações coletivas, que são, por exemplo, atividades educativas com grupos, dramatizações, palestras, peças publicitárias veiculadas por meio de comunicação de massa, as quais almejam prevenir ou controlar a ocorrência de eventos causadores de agravos à saúde, doença ou morte. A atenção à saúde bucal é composta pelo conjunto de ações que, além de incluir a assistência odontológica individual, busca atingir grupos populacionais através de ações que compreendam o coletivo, com a finalidade de manter a saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Nesse contexto, insere-se o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Graduação em Odontologia da UFSC, o qual, conforme definido pelas DCNs para o Ensino de Graduação em Odontologia, busca contemplar as orientações do sistema de saúde vigente no país,

almejando a atenção integral da saúde num sistema regionalizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe. Dessa forma, o atual perfil desejado do cirurgião-dentista egresso é de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, baseado no rigor técnico e científico. Deve estar capacitado para o exercício de atividades referentes à saúde do sistema estomatognático da população, de acordo com os princípios éticos, morais e legais, e compreender a realidade social brasileira, cultural e econômica do seu meio, conduzindo sua atuação para a modificação da realidade em benefício da coletividade.

O Curso de Graduação em Odontologia da UFSC tem como objetivo contextualizar, investigar e ensinar os saberes e fazeres da Odontologia, o que é necessário para formar cirurgiões-dentistas habilitados para o exercício de uma profissão contemporânea, promotora de saúde e fundamentada nos preceitos da ética, da moral, da ciência, da filosofia e, principalmente, voltada para a realidade da população brasileira.

O Curso oferece aos seus alunos uma formação generalista, baseada em evidências científicas e atividades reflexivas, direcionada para as principais necessidades da população brasileira, do sistema de saúde vigente no nosso país e aberta a todas as transformações sociais. Além desses aspectos, também promove o trabalho em equipes constituídas por diversos profissionais, das mais distintas áreas do conhecimento e em todos os tipos possíveis de unidades de saúde, garantindo, dessa forma, profissionais voltados para a promoção integral da saúde da população.

O PPC preconiza ações de promoção da saúde que se concretizarão em diversos espaços, em órgãos definidores de políticas, nas universidades e nos espaços sociais onde vivem as pessoas. As cidades, os ambientes de trabalho e as escolas são os locais onde essas ações têm sido propostas, procurando-se fortalecer a ação e o protagonismo local, incentivando-se a interssetorialidade e a participação social. Fazem parte do processo ensino-aprendizagem, sob supervisão docente, profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura e do Hospital Universitário da UFSC, onde são realizadas atividades de ensino, de pesquisa e de extensão, e alunos vinculados aos Programas de Pós-Graduação da UFSC, em nível de Mestrado e Doutorado (UFSC, 2006).

O conteúdo do PPC e os demais elementos que compõem esse Referencial Teórico orientaram essa pesquisa desde a concepção do seu objeto até a discussão final.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Este trabalho configura-se em uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Pela sua natureza, pode ser identificada como estudo de caso, segundo alguns aspectos definidos por Bogdan e Biklen (1994), como ser realizada sobre um contexto, em um período de tempo determinado e contar com uma coleta de dados por entrevistas.

Os métodos qualitativos estudam situações de vida e textos de cunho social, que apresentam fenômenos subjetivos, tais como dados históricos, expressões de crenças, valores, expectativas, motivações, conhecimentos, percepções, sentimentos, queixas, emoções e práticas, com o intuito de descrição, interpretação e explicação de uma dada realidade sem a preocupação de quantificação e generalização dos resultados (BOGDAN; BIKLEN, 1994; MINAYO, 2004; PATRÍCIO, 1995; 1999a).

Para Patrício (1999b), os métodos qualitativos são adequados para compreender situações, identificar problemas, apontar alternativas para sua resolução e atender questões sociais. Apresentam características próprias, inseridas em paradigmas que reconhecem a subjetividade das interações humanas, a diversidade e a complexidade dos fenômenos sociais.

Esses métodos têm com foco interrogar sobre os fenômenos que ocorrem com os seres humanos na vida social e estão calcados em princípios da ciência não positivista. São esses métodos que permitem não somente ampliar teorias e conhecimentos já existentes sobre a realidade social, mas especialmente a construção de marcos teóricos, a partir dos próprios dados da realidade estudada e que, posteriormente, servirão de referências para outros estudos (PATRÍCIO, 1999a, p. 64).

De acordo com Minayo (2004), a pesquisa qualitativa se preocupa mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão e menos com a generalização dos resultados.

3.2 Local e Participantes da Pesquisa

3.2.1 Local

O ambiente em que a pesquisa se realizou foi a Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da UFSC, que presta assistência somente pelo SUS e possui especialidades que são referências para o Estado.

A Unidade de Internação Pediátrica tem capacidade para atender 35 crianças, 30 internadas em leito comum e 5 em observação. Os leitos são divididos da seguinte maneira: 6 leitos para a faixa etária de lactente, distribuídos em 2 quartos com 3 camas cada um; 12 leitos para crianças na faixa etária pré-escolar, com 2 quartos com 6 camas cada um; 10 leitos para a faixa etária escolar, com 5 quartos com 2 camas cada um; 2 leitos de pré-escolar para cuidados especiais, cada quarto contendo uma cama; e 5 leitos de observação, dos quais 2 leitos de escolar e 3 de pré-escolar. Recebe crianças na faixa etária de zero a 14 anos, 11 meses e 29 dias de idade, com algumas exceções de pacientes crônicos e/ou quando a equipe de saúde acompanha o caso da criança há muitos anos. As crianças ficam internadas em um período médio de 3 a 21 dias e têm direito a um acompanhante 24 horas.

A Unidade de Internação Pediátrica atua em conjunto com a Unidade Neonatal, recebendo o neonato quando este já não necessita mais de cuidados especiais, mas precisa ganhar peso.

A equipe de saúde que atua sistematicamente na Unidade é composta de 6 médicos pediatras, um médico residente em pediatria, 8 enfermeiros e 36 técnicos de enfermagem. Conforme necessidades dos usuários, outros profissionais atuam na Unidade, tais como: assistente social, psicólogo, psiquiatra, nutricionista.

As crianças recebem atenção psicológica diariamente, através de trabalhos recreativos e atividades lúdicas, e as que necessitam de atenção especial são encaminhadas para tratamento com psicólogo(a). As equipes da enfermagem e da psicologia realizam festas de datas comemorativas e dos aniversários das crianças que se encontram internadas no dia de seu aniversário.

A atenção odontológica prestada às crianças da Unidade restringe-se àquelas atividades realizadas pelos alunos (voluntários e bolsistas da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis - PRAE/UFSC e da Pró-Reitoria de Ensino da Graduação – PREG/UFSC) e docentes do “Projeto do HU”, salvo os casos de intervenção odontológica ligada à cirurgia bucomaxilofacial.

Por ser de um Hospital Escola, a Unidade Internação Pediátrica é campo de residência e estágio para alunos de graduação e pós-graduação de cursos da área da saúde da UFSC e de outras Universidades da rede privada do estado de Santa Catarina.

A equipe da enfermagem é a única que desenvolve atividades contínuas na Unidade, todos os dias, durante as 24 horas, sendo dividida em três turnos: das 7 horas até as 13 horas; das 13 horas até as 19 horas; das 19 horas até as 7 horas. Cada turno tem no mínimo um enfermeiro e no máximo dois; no mínimo quatro funcionários (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde) e no máximo sete, sendo que, desses, no mínimo dois têm de ser técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem.

A Unidade de Internação Pediátrica apresenta um livro de registros e prontuário do paciente nos quais constam a data de nascimento, peso, altura, terapia medicamentosa, evolução do quadro clínico, resultados de exames laboratoriais e data da alta hospitalar do paciente. Os dados gerais e o histórico de patologias sistêmicas são registrados pelo banco de dados do hospital.

A rotina da evolução dos prontuários é feita pelos médicos e enfermeiros, mas qualquer profissional com nível superior envolvido no atendimento do paciente pode fazer a evolução no prontuário, incluindo-se os alunos que lá realizam atividades de ensino sob a supervisão docente. Os técnicos de enfermagem procedem aos registros de suas atividades e de suas observações sobre o paciente em uma folha complementar.

3.2.2 Participantes

Os participantes da pesquisa foram oito profissionais, membros da equipe de saúde da Unidade de Internação Pediátrica, e doze usuários do SUS, sendo sete acompanhantes (pai, mãe ou responsável legal) e cinco crianças internadas nesta unidade, totalizando 20 sujeitos. Haveria o total de 21 participantes, caso se concluído um levantamento de dados com uma criança, cujo comportamento no decorrer da entrevista obrigou a pesquisadora de campo a interromper o processo, seguindo princípios éticos estabelecidos.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: crianças na faixa etária de 6 até completar 10 anos de idade, que haviam recebido assistência odontológica no “Projeto do HU”, estivessem em condições clínicas para a entrevista e tivessem autorização dos responsáveis.

Quanto aos demais participantes, a seleção dos sujeitos buscou a representação de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da unidade e dos acompanhantes (mães, pais ou responsáveis legais), considerando como critério de inclusão somente a declaração de aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Para tanto, a pesquisadora mestranda realizou a abordagem individual dos participantes, seguindo princípios éticos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996).

Em relação aos integrantes da equipe de enfermagem, houve a preocupação de garantir que houvesse representantes que trabalhassem nos períodos da noite e do dia.

3.3 Aspectos Éticos do Estudo

A aplicação desta pesquisa iniciou-se após declaração de ciência e concordância da direção do hospital (Anexo F) para o seu desenvolvimento e sua aprovação pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (Processo 020/09 FR-240632 – Anexo G), obedecendo às normas da Resolução 196/96.

Cada participante do processo da pesquisa (membros da equipe de saúde, acompanhantes e crianças) foi informado dos objetivos e dos procedimentos a serem realizados. A participação dos envolvidos condicionou-se à sua concordância e à assinatura do TCLE (Apêndices A, B e C) – no caso das crianças, mediante a assinatura do responsável legal, respeitando-se a vontade das mesmas em participar.

3.4 Processo de Levantamento, Registro, Análise e Devolução dos Dados

Preconiza-se, na abordagem qualitativa, que os dados sejam colhidos no próprio contexto onde foram gerados, na medida do possível. Partindo desse princípio, os dados foram coletados no ambiente da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da UFSC.

O processo de pesquisar realizou-se no período de maio de 2008 a dezembro de 2009 e seguiu o modelo preconizado por Patrício (1995; 1999a), concretizado em três fases: *Entrando no Campo*, *Ficando no Campo* e *Saindo do Campo*. Segundo a autora, esse processo caracteriza-se por um movimento sistemático não linear, um ir-e-vir constante, individual-coletivo, de colher, registrar, analisar, e devolver os dados com o sentido de conhecer, compreender, descrever o

fenômeno em estudo e de avaliar e transformar a realidade, quando o objeto assim o requer.

3.4.1 Entrando no Campo

Nessa fase, caracterizada também como exploratória, define-se melhor o objeto de pesquisa, o local, a população e a metodologia do estudo. Inclui-se nessa fase a elaboração e validação do instrumento de coleta de dados e do processo de registro e análise, o que é concretizado pelo estudo piloto (PATRÍCIO,1995).

A pesquisadora iniciou a Entrada no Campo em maio de 2008, como integrante do “Projeto do HU”. Esse momento, segundo Patrício (1995), caracteriza-se pelas primeiras interações, intencionais e planejadas, com o local e os sujeitos da pesquisa.

Assim, deu-se início às interações cotidianas com os atores sociais do ambiente em questão, onde a pesquisadora teve a oportunidade de conhecer a equipe de saúde e sua dinâmica dentro da referida Unidade e o perfil dos usuários. Nessa fase, a pesquisadora também tomou o conhecimento das atividades desenvolvidas no âmbito desse hospital por todas as áreas da saúde, bem como decidiu sobre a população do estudo.

Para planejar a coleta dos dados com os membros da equipe de saúde, a pesquisadora buscou observar a dinâmica de trabalho na Unidade, visando a definir qual seria o melhor momento para as entrevistas e observações, de maneira a não interferir nas atividades dos profissionais, possibilitando, assim, maior envolvimento e espaço para reflexão durante a interação com o pesquisador. Patrício (1995) mostra a Técnica da Interação como mediadora do encontro entre pesquisador e pesquisado, entre o pesquisador e o seu objeto de estudo e o ambiente.

Para a coleta dos dados, foi elaborado um formulário de entrevista composto por duas questões abertas, caracterizadas como norteadoras, além do item que faz o levantamento das características dos participantes (respondentes), conforme os objetivos específicos da pesquisa. As questões norteadoras foram: “Quais as atividades que os dentistas desenvolvem aqui no hospital?” e “Como você percebe esse trabalho/atividade dos dentistas?” (Apêndices D, E e F).

Para a validação e devidos ajustes do formulário e demais procedimentos para coleta de dados, realizou-se um estudo piloto com 13 indivíduos, abrangendo as três categorias de sujeitos, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos na pesquisa. Todos foram abordados pessoalmente pela pesquisadora de forma individual dentro

da Unidade de Internação Pediátrica, conforme os princípios éticos estabelecidos.

Com base na análise crítica dos resultados do estudo piloto, foram realizadas algumas reformulações nas questões norteadoras do instrumento, buscando-se coerência com a linguagem qualitativa e os objetivos específicos definidos.

Com o formulário reestruturado, voltou-se ao campo, em agosto de 2009, para realizar as entrevistas, iniciando-se formalmente o processo de coleta dos dados. Nesse momento, a pesquisadora distanciou-se do “Projeto do HU”, evitando, assim, alguma interferência no processo de coleta de dados.

3.4.2 Ficando no Campo

Essa fase da pesquisa é representada pelo processo de coleta, registro, e pela primeira fase da análise dos dados.

Mesmo iniciando o processo de coleta de dados com a segurança das avaliações da fase anterior, especialmente com a validação do formulário de entrevista, a pesquisadora entendia, com base em Patrício (2004), que nos métodos qualitativos o instrumento principal é o próprio pesquisador, considerando seu potencial para interagir, questionar, ouvir (escutar), com razão e sensibilidade, e outras qualidades referentes à comunicação com outros seres humanos. Para tanto, o momento das entrevistas foi planejado de maneira a tornar-se um dos fatores mais importantes para o sucesso da pesquisa.

Minayo (2004, p. 101) valida essa concepção ao afirmar que “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”.

As entrevistas foram realizadas com os participantes, em dias e horários preestabelecidos, no ambiente hospitalar, em locais escolhidos por não haver interferências de terceiros e sem ruídos que prejudicassem o diálogo, tais como quartos vagos, sala da equipe de enfermagem e consultórios médicos.

A duração das entrevistas variou entre 30 e 60 minutos. Depois de respondida a última questão da entrevista e no momento em que pairava o silêncio, perguntava-se ao sujeito se tinha algo a mais a dizer, ocasião em que muitos falavam mais, muitas vezes contavam experiências obtidas com assistência odontológica, incluindo comentários acerca do “Projeto do HU”.

Sempre que necessário, no decorrer da entrevista, eram reforçadas as explicações sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, bem como, sobre preceitos éticos relativos à garantia do anonimato e à divulgação dos resultados.

Em alguns casos, não foi possível entrevistar o acompanhante e a criança no mesmo dia, o que exigiu maior tempo da pesquisadora para essa atividade de campo. Houve um caso em que foi preciso aguardar vários dias, após a primeira abordagem, para entrevistar uma criança que estava muito debilitada. Durante as entrevistas também ocorriam situações que exigiam maior tempo e paciência, para evitar causar constrangimentos, especialmente à criança.

A dificuldade maior de coletar dados ocorreu junto aos profissionais médicos, em razão da incompatibilidade de horários da pesquisadora e de algumas limitações, por parte da mesma, em recorrer a outras alternativas de contato.

Mesmo após desligar-se o gravador, havia participantes, especialmente médicos e enfermeiros, que continuavam conversando. Alguns pediam esclarecimentos em relação à assistência odontológica, outros faziam sugestões, ou desabafavam as suas angústias em relação à ausência do profissional da odontologia na Unidade.

Os dados das entrevistas foram registrados em gravador, após autorização dos participantes. No próprio formulário, ao final de cada interação, eram registradas intercorrências e percepções iniciais da pesquisadora em relação à entrevista. Posteriormente, a entrevista era transcrita para análise mais sistematizada. Para garantir o sigilo do participante, cada formulário foi codificado com letra e número correspondente ao grupo, a saber: Profissionais da equipe de saúde – P₁, P₂, P₃...P₈; Acompanhantes – A₁, A₂...A₇; Crianças – C₁, C₂...C₅.

A análise inicial dos dados ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2008) e, conforme preconizado na abordagem qualitativa, no próprio decorrer do processo de coleta dos dados. Com base nessa análise, as entrevistas foram encerradas, tendo em vista a saturação dos dados, quando a população em estudo chegou a 20 indivíduos, considerando as três categorias de participantes. A saturação ocorre quando as respostas repetem-se, proporcionando cada vez menos conhecimento, tornando a aquisição de informação redundante (BOGDAN; BIKLEN, 1994; PATRÍCIO, 1995; BARDIN, 2008).

3.4.3 Saindo do Campo - Processo de análise final e devolução dos dados

A análise dos dados foi realizada pelo *Processo de análise-reflexão-síntese* que, segundo Patrício (1995), compreende momentos que se interligam constantemente: leitura analítica dos dados brutos, no decorrer da coleta dos dados, pela técnica de análise de conteúdo; identificação das categorias conforme objetivos definidos; reflexão crítica contínua das categorias identificadas e do processo de levantamento dos dados, com base nos objetivos, no referencial teórico e metodológico e na saturação dos dados; exercícios contínuos de síntese, integrando razão e sensibilidade, buscando definir conjuntos de categorias e descobrir temas emergentes associados; e discussão dos resultados com base em autores de referência no projeto da pesquisa e autores que possibilitam dialogar com os dados e aumentar a compreensão dos resultados, incluindo a necessidade de outras pesquisas ou ações de cunho social.

A análise de conteúdo, de início, segue a técnica preconizada por Bardin (2008) no que se refere à sistematização e codificação dos dados iniciais, que consiste na transformação dos dados brutos, segundo regras precisas de sistematização, em categorias agregadas por semelhanças, de maneira a formar um conjunto de conteúdos.

Nessa fase, a análise voltada à elaboração do relatório, objetiva a integração de todos os dados, havendo a intensificação da discussão dos resultados, com base no referencial teórico inicial e em outros autores procedentes das categorias e temas encontrados, com vistas ao objetivo geral da pesquisa.

Essa fase mostra momentos de findar as interações entre pesquisador e pesquisado. Existem estudos em que essa fase pode representar somente despedida e agradecimentos, ou momentos de retornos às interações para validar e/ou esclarecer dados. É nesse momento que o pesquisador afasta-se do campo para desenvolver o procedimento final de análise dos dados e a elaboração do relatório da pesquisa (PATRÍCIO, 1995).

Os profissionais da equipe de saúde da Unidade de Internação Pediátrica ficaram curiosos em relação aos resultados da pesquisa e alguns sugeriram que, após a defesa da dissertação, haja uma reunião para que os resultados sejam mostrados pela pesquisadora, a qual concordou com a sugestão.

A despedida provisória foi concomitante ao encerramento das atividades do segundo semestre de 2009 do “Projeto do HU”, que

retornará as suas atividades em março de 2010, quando a pesquisadora regressará juntamente com o projeto, na posição de integrante do mesmo.

O processo de devolução dos dados às pessoas envolvidas – apresentação dos resultados da pesquisa no contexto do HU – será realizado junto à equipe de saúde da Unidade Pediátrica e suas Diretorias, bem como às Coordenações do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC e do Projeto de Extensão, a partir de agendamento em conjunto.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir, descrevem-se os resultados da análise dos dados, associando-se a essa descrição alguns trechos dos discursos dos entrevistados, os quais foram eleitos por serem representativos. Na escolha desses fragmentos buscou-se considerar declarações de todas as categorias de participantes, representados por “C” (criança), “A” (acompanhante) e “P” (profissional).

A apresentação dos resultados referentes às atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas no “Projeto do HU” na Unidade de Internação Pediátrica, identificadas junto aos participantes, segue as seguintes categorias: quais (o que faz), como realizam (como faz) e qual a finalidade (para que faz)?

Quanto aos resultados relacionados às percepções sobre a participação do cirurgião-dentista no contexto de atenção à saúde da criança hospitalizada, a apresentação segue as categorias identificadas após a análise de conteúdo, a saber:

- **A participação do cirurgião-dentista como membro da equipe multidisciplinar na concretização do conceito de saúde integral;**
- **A participação do cirurgião-dentista como apoio à equipe e para dinamizar e otimizar o trabalho interdisciplinar;**
- **A participação do cirurgião-dentista como educador na prevenção de doenças e promoção da saúde;**
- **O cirurgião-dentista dentro da unidade de internação pediátrica suprindo necessidades de assistência odontológica não realizada pela dificuldade de acesso ao serviço público;**
- **A necessidade da presença contínua do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar para atenção odontológica à população.**

Reforça-se que o “Projeto do HU” é realizado por alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, sob supervisão de pós-graduandos que atuam como cirurgiões-dentistas, os quais são identificados pelos participantes como “dentistas”, especialmente pelos usuários – crianças e acompanhantes – e “profissionais da odonto”, pelos profissionais.

4.1 Descrição dos Participantes do Estudo e seus Hábitos de Higiene Bucal

Os sujeitos, num total de 20 participantes – 5 do sexo masculino e 15 do feminino – foram representados por 5 crianças, 7 acompanhantes e 8 profissionais da equipe de saúde da Unidade de Internação Pediátrica.

Das cinco crianças, na faixa etária de 6 até completar 10 anos, conforme os critérios de inclusão do estudo, quatro eram do sexo feminino e uma do masculino. Os motivos de internação das crianças participantes foram: pneumonia (três crianças), asma (uma) e cirurgia devido a malformação congênita (uma). Todas já haviam recebido atendimento odontológico alguma vez na vida, e a maioria relatou que tal atendimento ocorreu na Unidade de Saúde e que há cirurgião-dentista na escola frequentada por elas. Dessas crianças, duas eram filhas únicas, uma possuía quatro irmãos e duas, dois irmãos. Três crianças estavam acompanhadas por suas mães, e duas por seus pais.

Os sete acompanhantes participantes desta pesquisa, com idade entre 23 e 42 anos e renda mensal familiar variando de R\$ 590,00 a R\$ 2.300,00, eram cinco do sexo feminino e dois do masculino. Em relação ao grau de instrução, quatro possuíam o primeiro grau incompleto e um o primeiro grau completo, dois o segundo grau completo e um o segundo grau incompleto. Suas profissões eram: vigilante, auxiliar de produção, agricultor, vendedora ambulante, doméstica e auxiliar de serviços gerais.

Dos profissionais participantes da pesquisa, num total de oito, seis eram do sexo feminino e dois do masculino. Do total desses profissionais, quatro fazem parte da equipe de enfermagem, com idade entre 36 e 48 anos, sendo dois técnicos em Enfermagem – um que atua no turno da tarde e uma no turno da noite – e duas enfermeiras que, da mesma forma, atuam uma no turno da tarde e a outra no turno da noite.

Os outros quatro sujeitos participantes foram os profissionais da equipe médica da Unidade de Internação Pediátrica: um Residente R2 de Pediatria e três médicas pediatras, com idade variando de 28 a 54 anos. Esses profissionais atuam no período da manhã e no começo da tarde; nos outros períodos atendem na Emergência Pediátrica.

Com relação aos dados sobre hábitos de higiene bucal, coletados anteriormente à entrevista (questões norteadoras), juntamente com as características dos participantes, todas as crianças responderam que escovam os dentes diariamente. Três delas escovam sozinhas, uma respondeu que a mãe complementa e a outra que a mãe supervisiona.

Duas disseram que a mãe foi quem as ensinou a escovar, uma disse que foi o pai, a mãe e na escola, outra disse que foi a tia e a mãe, e apenas uma respondeu que aprendeu com o cirurgião-dentista.

Os acompanhantes (todos) também responderam que escovam diariamente os próprios dentes, sendo que cinco escovam três vezes ao dia, um escova duas vezes ao dia e um escova quatro vezes ao dia. Dos responsáveis, quatro relataram que ninguém os ensinou a escovar os dentes, dois falaram que aprenderam com a mãe e apenas um relatou ter aprendido com um cirurgião-dentista. Quanto ao hábito de escovação dental das crianças, cinco responsáveis responderam que os seus dependentes escovam os dentes sozinhos e dois que a criança escova e a mãe apenas complementa.

4.2 As Atividades Desenvolvidas pelo Cirurgião-Dentista Segundo os Participantes

Analisando-se as respostas das crianças em relação ao desenvolvimento das atividades do dentista foram identificadas ações individuais de tratamento e de prevenção, como por exemplo: “olharam o meu dente” e “acharam a cárie”; “arrumaram o dente”; “deram uma folha para levar no postinho para arrancar esse dente”. Assim, *o que faz* traduz-se na *assistência* propriamente dita.

A *atenção à saúde (como faz)* refere-se ao conjunto de atividades individuais e coletivas. A assistência individual corresponde ao conjunto de procedimentos clínicos, descritos como: “colocaram a massinha no buraquinho”; “deram escova”; “mandou escovar o dente e não comer muito chiclete”; “escovar os dentes fazendo bolinha”. As atividades realizadas coletivamente, seguindo o que está prescrito no “Projeto do HU”, estão focadas na promoção e educação em saúde, sendo desenvolvidas através de palestras e atividades lúdicas, tais como teatro, oficina de desenhos e filmes, conforme ilustram estes três depoimentos: “cantaram a música do dente”; “deram atividade do dente”; “mostrou como se escova”.

Em relação às finalidades, ou seja, *para que faz*, as crianças apontaram para estética, prevenção e resolução de problemas locais: “se não cuidar os dentes escurecem e ficam podres”; “cuidar para não ter risco de quebrar o dente”; “tira a dor do dente” e “arrumar a cárie”.

O mesmo conjunto de respostas foi referido pelos acompanhantes sobre *o que faz*, acrescido da prescrição de medicamento, atendimento, procedimento curativo, limpeza (dos dentes), orientação e cuidado.

Sobre como o cirurgião-dentista realiza as atividades ou *como faz*, os acompanhantes perceberam um trabalho voltado para a orientação para cuidar do seu filho, como por exemplo: “deram orientações sobre como deve cuidar da higiene pessoal”; “ensinaram a forma correta de escovar os dentes”; “o que eu devo fazer porque se não falam (*orientam*) e não dão o papel (*encaminhamento*) a gente não leva”; “atendem bem as crianças [...] ensinam brincando como deve escovar os dentes”.

Segundo os acompanhantes, as atividades realizaram-se com a finalidade de (*para que faz*) “evitar que uma cárie pule de um dente para o outro”; “melhorar”; “incentivo para cuidar”; “[...] é aprendido, alerta para tomar providências”. Também as atividades realizadas foram relacionadas com estudo e pesquisa, na seguinte fala: “tem que ter um lugar para estudar” (identificando-se os alunos do curso de Odontologia e a atividade da pesquisadora deste estudo).

Na análise dos depoimentos dos profissionais, embora semelhantes aos fornecidos pelos acompanhantes e algumas crianças, mostram-se, inicialmente, com uma linguagem diferenciada para apontar as atividades que o cirurgião-dentista desenvolve (*o que faz*), como “avaliação”, “cuidados básicos”, “profilaxia”, “educação para a saúde”.

A forma como os cirurgiões-dentistas realizam as atividades (*como faz*) foi relacionada com “cuidados que não exijam material mais sofisticado, como curativo e orientações”, “orientam as crianças e os pais sobre a importância dos cuidados”, “distribuem material (escova e pasta de dentes)”. Os profissionais participantes da pesquisa vincularam o estudar com a consulta ao prontuário do paciente.

A finalidade das atividades (*para que faz*) foi relacionada com “rever as técnicas na odonto”; “ensinar”; “prevenção”; “aprendizado para a formação profissional”; “doença que a criança tem e pode interferir na saúde bucal”.

Chama-se atenção que essas percepções dizem respeito somente àquelas originadas dos depoimentos dos sujeitos da equipe de enfermagem, tendo em vista que todos os médicos entrevistados desconheciam o trabalho: “Não, ali eu não tenho conhecimento”; “[...] tive muito pouco contato com a odontologia, mesmo aqui dentro da Unidade de Internação Pediátrica eu nunca tive contato com a odontologia [...]”.

Apenas uma profissional da área médica falou que “acha” que os alunos da Odontologia fazem as seguintes atividades: “orientação quanto à higiene bucal, escovação”; “orientação da alimentação”. E que

não tem contato com eles, como mostra a sua fala: “eu não tenho tido muito contato com eles”.

Os resultados referentes às percepções dos médicos somente aparecerão nos próximos itens onde se descreve o significado das atividades: valoração e expectativas e o significado do trabalho do cirurgião-dentista no contexto da Unidade de Internação Pediátrica.

4.3 O Cirurgião-Dentista na Atenção à Criança no Contexto Hospitalar

4.3.1 A Participação do Cirurgião-Dentista como Membro da Equipe Multidisciplinar na Concretização do Conceito de Saúde Integral

Usuários e profissionais da equipe de saúde expressaram satisfação em relação ao trabalho do cirurgião-dentista, enfatizando a maneira como os participantes do “Projeto do HU” cuidam das crianças, ao concretizar a integralidade da atenção dentro da Unidade de Internação Pediátrica.

[...] é uma coisa boa dentro do hospital que já tem os outros, doutor, enfermeira, médico que lidam na outra parte da saúde, mas a saúde da boca também precisa de tratamento nos dentes da pessoa [...] é um papel bom também que já está ajudando a gente, ajudando a saúde da pessoa, eu gostei muito do serviço deles [...] (A4)

É fundamental, acho que não dá para pensar saúde sem pensar em saúde bucal [...]. Acho que se a gente pensa em saúde em termos mais amplo e mais global, não dá para desassociar a presença do dentista, da saúde bucal. A gente não pode ver saúde só fragmentada, tem que ver saúde como um todo. [...] as atividades são de fundamental importância, porque elas garantem assim um cuidado mais integral da criança que está aqui tendo a participação de outros profissionais não só da equipe médica, da equipe da enfermagem, mas de outros profissionais [...] (P1)

Para alguns profissionais e acompanhantes, o “Projeto do HU” é considerado como uma “oportunidade” para essas crianças, uma vez que, ao serem internadas na Unidade de Internação Pediátrica para tratamento de uma condição sistêmica, podem utilizar esse período para receber atenção odontológica e/ou encaminhamento a partir do diagnóstico de patologias bucais que possam, inclusive, causar outros agravos à sua saúde geral.

[...] muito bom, uma coisa a mais que vai ter no hospital, além de tratar a sua doença vai ter o tratamento também no dente [...]. [...] não é só a saúde, às vezes pode até ser a saúde da boca ou alguma coisa também pode provocar muitas doenças, também uma coisa traz a outra [...]. [...] tá cuidando do corpo do ser humano porque em função de alguma coisa para melhorar [...] só está ajudando na verdade, uma coisa muito importante. (A5)

[...] o quanto as crianças que estão aqui, e as famílias que estão aqui precisam também desse atendimento. Muitas vezes são famílias que não têm essa oportunidade, não têm chance de ter uma avaliação, ter uma consulta por um profissional com tanta facilidade como eles têm quando estão internados aqui. (P1)

Na concepção dos acompanhantes, a satisfação vai além da assistência à saúde bucal da criança, mostrando que pensam no bem-estar comum.

[...] uma coisa boa, uma coisa que está sendo feita para o povo é muito bom, uma coisa que a pessoa só tem a ganhar [...] (A5)

[...] acho bem bacana isso, eu acho que o povo mesmo, a população precisam disso, nem que a gente não faz tudo aqui, não faz todo o tratamento para os dentes aqui, mas que faz um pouco, o que der para fazer [...] (A6)

4.3.2 A Participação do Cirurgião-Dentista como Apoio à Equipe e para Dinamizar e Otimizar o Trabalho Interdisciplinar

Crianças, acompanhantes e profissionais salientaram a importância da atuação do cirurgião-dentista tanto para a saúde bucal quanto para contribuir para a saúde integral da criança, com ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar da Unidade de Internação Pediátrica.

Ah, eu acho legal, daí eles vão trabalhar junto daí cada um, por exemplo, as enfermeiras cuidam das pessoas e os dentistas assumem os dentes. (C5)

[...] eu acho excelente, é essencial, eu acho que o serviço ainda tem bastante carência desse serviço multidisciplinar [...] eu acho que quanto mais agrega melhor e a odontologia é fundamental. [...] faz parte do atendimento médico a saúde bucal [...] eu acho que se toda a enfermaria pudesse ter, assim como a psicologia e o serviço social, formaria uma equipe multidisciplinar perfeita. (P4)

A presença do cirurgião-dentista como integrante da equipe, de acordo com percepção dos acompanhantes das crianças, pode ser identificada como participação interdisciplinar no processo de acolhimento do usuário.

Eu vejo uma união, todo mundo trabalhando junto dentro de um hospital é uma união, eu acho que em todo o lugar deveria ter. [...] hospital que tem dentista, médicos, enfermeiros tem que ser bom porque são amigos, é uma família, então a gente tá dentro de um lar, que tem amizade, companheirismo, a união é uma família, todo mundo, nós mesmos, os pacientes mesmo, estamos todos dentro de uma casa no meio de uma família só. (A7)

Para os profissionais da equipe de saúde, se as atividades relacionadas à higiene bucal das crianças são desenvolvidas sem profissionais da Odontologia, geram sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem, motivo pelo qual dizem que a presença do cirurgião-dentista provoca sentimentos de alívio e amparo.

[...] já ajuda muito ver vocês fazendo essa orientação que a gente não tinha tempo para fazer, uma coisa necessária, mas a gente não tinha tempo, acaba a enfermagem assumindo tudo e mais um pouco, então a gente assumia tanto a parte da odonto, da psicologia e uma porção de coisas, então isso aí já ajudou bastante a aliviar essa angústia que a gente percebe que falta e que precisa, então eu acho que nesse aspecto melhorou muito [...] (P3)

[...] a gente consegue sentir muito a presença da odonto aqui na pediatria, a gente vê assim o quanto a gente fica mais amparado para pensar em saúde, podemos contar com o profissional da odonto [...] quanto às crianças e as famílias das crianças que estão aqui são beneficiadas por a gente ter esse profissional mais perto da gente [...] (P1)

Esses profissionais também salientaram que a presença do cirurgião-dentista seria fundamental para dar suporte e dinamizar o trabalho da equipe.

[...] a gente sabe que tem muitas doenças que poderiam ser prevenidas com uma boa higiene oral, ou seja, com informação, com o cuidado que infelizmente a nossa população não tem [...], ter um profissional dessa área aqui trabalhando junto com a gente dando esse suporte é importantíssimo, fundamental. (P3)

[...] essencial a presença do cirurgião-dentista junto da equipe de saúde aqui, devido à grande maioria dos nossos pacientes aqui ter uma péssima condição de higiene, de saúde, pessoal muito pobre, pouca orientação, a grande maioria dos pacientes tem um péssimo estado de conservação dos dentes, com certeza o cirurgião-dentista junto da equipe de saúde facilitaria muito o nosso trabalho e o paciente seria o maior beneficiado. (P6)

Sobre o horário das atividades do “Projeto do HU”, um profissional (da equipe de enfermagem) considerou adequado à dinâmica dos processos de trabalho. Os demais profissionais apontaram o horário como um fator limitante ao trabalho interdisciplinar, já que o mesmo não favorece a troca de informações dentro da equipe.

[...] eu acho muito legal essa proposta de vocês ficarem à noite aqui, que é quando tem menos atividades no hospital inteiro, o hospital fica mais à disposição, os pacientes ficam mais à disposição [...]. (P3)

Porém, juntamente com outros profissionais da equipe de enfermagem, evidenciou:

[...] o ruim desse horário é que o pessoal médico não está sabendo que vocês existem. (P3)

[...] eu não percebo. Eu só via assim algumas vezes que alguns pacientes meus que eu via que tinham uma escovinha de dente, que mãe contava: – “ó, foi uma atividade à tarde que o dentista ensinou a escovar o dentinho”, mas eu achei que fosse um trabalho isolado, que não fosse trabalho diário e com continuidade, entendeu? Na verdade eu nem sabia que vocês transitavam assim pela Pediatria. (P5)

[...] esse é um horário em que a gente está na emergência lá embaixo, geralmente o pessoal da odontologia passa nesse horário, é o pessoal da enfermagem que está aqui, então eu acabo não acompanhando. (P6)

Alguns profissionais apontaram a falta de evolução das atividades desenvolvidas pelos alunos e supervisores do Curso de Odontologia, em relação à assistência odontológica, nos prontuários dos pacientes que recebiam essa assistência.

Vocês não estão acostumados a escrever no prontuário do paciente. [...] não é prontuário médico, é o prontuário do paciente, então têm todo o direito de escrever, então, isso aí seria importante realmente haver essa troca, esse intercâmbio para eles saberem que vocês existem e que estão oferecendo este serviço aqui [...] (P3)

[...] nos prontuários eu vejo pouca coisa da odontologia. [...] algumas vezes foi pedido parecer da odontologia (não foi pedido para o “Projeto do HU”), sempre foi atendido, mas a gente nunca conseguiu acompanhar esse paciente na seqüência. (P6)

Além das limitações apontadas referentes a especificidades do “Projeto do HU”, os profissionais também citaram que deve haver uma comunicação maior entre os profissionais que atuam na Unidade e salientaram a necessidade de trocar informações com outras áreas.

[...] um contato maior conosco (equipe médica) porque a gente não está sabendo dessa atividade, porque a rotina do serviço da Unidade de Internação é mais de manhã [...] marcar uma reunião a cada dois ou três meses com a gente aqui no serviço, a gente faz umas reuniões administrativas daí, quando alguém quer vir, aí vem, conversa sobre o que está fazendo, qual é a atividade. A gente coloca novas questões também, a equipe, o que gostaria [...] (P8)

Alguns participantes vão mais além e apontam limitações na formação do cirurgião-dentista e a necessidade de sua maior inserção interdisciplinar tendo em vista o que as políticas públicas atuais preconizam.

A gente tem a residência médica aqui e eu acho que a gente tem poucas orientações de uma maneira geral, sobre a parte de saúde bucal até de talvez alguma aula, alguma coisa assim mais geral para os nossos residentes interagirem mais nesse sentido com a equipe e trazer informações [...]. Trocar informações, vocês passarem para nós essas informações que a gente não tem no curso, e eu acho que vocês tinham que saber, também, mais de clínica que vocês não têm também da parte médica, e a gente também da parte bucal mesmo. [...] o pediatra que faz a puericultura, que faz a orientação geral tem que saber, tem que saber orientar a mãe também que é mais um a educar, para a gente ter sucesso também nessa empreitada. (P8)

[...] hoje já existe um sistema de saúde que mudou muito, com o PSF, e agora o dentista já está incluído nesse sistema. Então, se eles passam a trabalhar muito individual, quando ele se formar vai ter dificuldades no coletivo, de interagir, trabalhar junto, porque daí ele se forma com um foco que é a parte bucal. Claro que é a parte dele que interessa, mas ele tem que saber outras coisas que passam além do lado bucal, porque daí ele vai interagir com o médico, com o enfermeiro [...] os dentistas reivindicaram muito para poder entrar no PSF e entraram e estão patinando bastante, porque não tinham essa prática antes, então para eles é uma coisa nova, têm dificuldade de interagir, de opinar, até porque ele não trabalhava já isso antes. Tem que vir desde a parte acadêmica dos alunos [...], então tem que ver a saúde como um todo, o coletivo, e não só ver a boca [...] (P2)

Alguns profissionais fizeram críticas sobre a falta de comunicação entre os profissionais, as atividades isoladas do cirurgião-dentista e a sua formação acadêmica.

[...] quem faz esse trabalho todo são os alunos, porque não tem um dentista que fique ou que passe aqui. Esse dentista que é contratado do hospital, ele fica lá embaixo, ele atende os funcionários, ele atende lá um pouco da comunidade, mas ele não vem avaliar as crianças ou ensinar [...]. [...] a gente não tem assim muito contato com o pessoal da odonto, ficar interagindo junto, numa equipe multidisciplinar [...]. O dentista é uma peça fundamental que não está sendo explorada dentro do serviço de saúde, e ele está muito guardadinho só no que ele pensa da formação dele. Eu acho que ele teria que abrir mais os horizontes desde a parte acadêmica e abrir mais os horizontes dele com relação à interação [...] (P2)

[...] mais especializado, mas que também é muito útil e que a gente fica muito distante dele, ainda mais distante do clínico, então é uma grande dificuldade quando a gente precisa deles [...]. [...] passa a imagem de elitista e parece estar longe da realidade de muitos brasileiros. Acho que vocês ficam, não sei, é a minha visão, o dentista meio isolado assim, então a gente só tem uma comunicação quando um paciente precisa de sedação ou um paciente precisa ficar na pediatria para observar. Então é esse o contato que a gente tem com vocês, quer dizer, eu falo o pediatra, quer dizer, o meu contato. (P5)

4.3.3 A Participação do Cirurgião-Dentista como Educador na Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde

Segundo a ótica dos acompanhantes e dos profissionais, a questão da educação em saúde revela-se importante para a criança e para a família na formação de hábitos saudáveis.

[...] tem pessoas que não sabem o que é escovar os dentes e usar fio dental, é legal porque incentiva a pessoa a cuidar [...] poderia ter evitado, cuidado, esse pessoal que cuidar desde novinho assim é bom, o pessoal já sai daqui com outra maneira, outro pensamento. (A1)

[...] nessa faixa etária, ainda mais nessa faixa de população que é criança, criança e adolescente que a base deles tem que construir agora, a base de uma saúde bucal, então acho que é fundamental ter o profissional dentista aqui. (P1)

Os profissionais salientaram a importância do trabalho do cirurgião-dentista que estimula a participação dos pais no processo educativo, tanto para eles próprios quanto para os seus filhos.

Até os pais precisam dessa orientação porque, se eles não têm o cuidado consigo mesmo e não valorizam, não dão importância ao cuidado bucal, à saúde bucal, a criança também não vai dar importância [...]. É a mãe que vai estar todos os dias com a criança, que tem que escovar, que tem que cuidar mesmo, se não tiver cuidado não vai ter sucesso. [...] criança principalmente que é pequeninha, que pode fazer uma prevenção, que pode, dependendo dos cuidados, não ter nenhuma cárie, ter todos os cuidados com a gengiva, e é uma porta de entrada, a cárie é uma infecção que as pessoas não olham dessa maneira e dali pode desenvolver outras doenças sistêmicas [...] (P8)

[...] outros profissionais de outras áreas têm que entrar mesmo na pediatria para ajudar a gente fazer um trabalho educativo também, as crianças ficam com um tempo ocioso ali na enfermaria, os pais, os acompanhantes ficam ociosos na enfermaria, daí então acho que é uma boa oportunidade para fazer esse tipo de trabalho não só com o dentista, mas com psicólogo, com nutricionista, com outros profissionais da área da saúde. [...] não só o trabalho assistencial mesmo assim de atendimento, mesmo porque a gente recebe pacientes com higiene bucal péssima [...] (P5)

Também foram valorizadas as atividades lúdicas para as crianças e acompanhantes, como forma de fixação das orientações sobre saúde bucal.

[...] o que faz uma fixação melhor são brincadeiras com as crianças, brincadeiras instrutivas [...], isso aí fixa muito na criança... não só as crianças, mas também os pais [...] (P3)

Há depoimento de profissional médico que sugere que atividades de educação em saúde bucal podem ser realizadas por qualquer profissional da equipe multidisciplinar, mas um médico salientou que, por sua especificidade, este trabalho compete ao cirurgião-dentista.

[...] só que muitas vezes, assim nem tanto por falta de tempo da nossa parte como, também, por não ser da nossa especialidade, não é uma coisa enfatizada que seja feita realmente pelo especialista, que por mais que a gente tente orientar nunca é igual à orientação, ao trabalho do profissional especializado (cirurgião-dentista) [...] (P4)

4.3.4 O Cirurgião-Dentista Dentro da Unidade de Internação Pediátrica Suprindo Necessidades de Assistência Odontológica Não Realizada pela Dificuldade de Acesso ao Serviço Público

De acordo com depoimentos anteriores, foi verificada a dificuldade de acesso ou mesmo ausência de atenção odontológica no serviço público e privado para a população atendida na Unidade de Internação Pediátrica. Isso ficou evidente quando os profissionais citaram a má condição de saúde bucal das crianças bem como a falta de conhecimentos sobre autocuidados para prevenção de doenças. Alguns participantes citaram essa dificuldade relacionada às limitações do serviço público.

[...] lá fora é muito difícil, principalmente nos postos fica bem difícil para a gente conseguir uma ficha no dentista. Às vezes a gente vai lá marcar, fica na fila de espera. Se a gente deixar demora um ano, é muito difícil, principalmente na área onde eu moro [...], então por isso se a gente não marcar fora (particular), não tem como. (A6)

[...] difícil acesso no serviço publico, é o profissional mais difícil para conseguir atendimento, eu sei porque eu também trabalho em posto de saúde e vejo a dificuldade que é, e uma consulta vira em várias, é complicado para conseguir atendimento. (P7)

Todos os participantes, com exceção das crianças, citaram a dificuldade de acesso à assistência odontológica particular por razões financeiras.

[...] muitas pessoas não têm esse acesso com facilidade, às vezes não podem pagar um dentista particular, as unidades de saúde têm esses profissionais, mas tem toda burocracia pra marcar consulta, pra conseguir uma vaga [...] (P1)

Tem pessoas que não têm condições financeiras para pagar, uma limpeza que seja, uma cárie. Se a gente for no particular é caro, postinho demora, então encaminhar para um lugar que ele saiba que vai arrumar todos os dentes. [...] uma atenção que incentivava a criança que todo dia ela tem que escovar os dentes, tem que passar o fio dental. (A1)

A maioria mostrou preocupação com a continuidade da atenção fora do hospital e sua visão de como deveria ser, de acordo com as políticas públicas.

[...] fazendo uma contrarreferência, se tiver contrarreferência, vai ter continuidade desse tratamento, porque hoje é fila, ficha, madrugada, espera, aí as pessoas podem desistir do atendimento. Entrar em contato com a Unidade de Saúde da pessoa para encaminhar e, depois, saber do resultado para ver se deu certo essa contrarreferência. (P7)

Alguns acompanhantes, de certa maneira, compararam as atividades dos cirurgiões-dentistas dentro da Unidade de Internação Pediátrica, relatando a negação ao atendimento no serviço público e a falta de informação em relação à saúde das crianças e a como proceder em casos de necessidade de assistência odontológica.

[...] lá onde eu moro não queriam arrumar o dente dele (filho) porque é dente de leite. O dentista disse que ia cair e vir tudo novo. Daí ele (filho) ficou internado aqui aquela vez (outra ocasião), a dentista veio e disse: – “eu vou mandar uma carta (encaminhamento) lá para eles, eles são obrigados a arrumar” [...], daí foi levada aquela carta e eles arrumaram mas, se não, eles não iam arrumar os dentes do piá (menino) porque ele é pequeno ainda [...]. O piá chorava direto de dor de dente [...], [...] assim a gente tá sabendo, pega o papel ali e fica em cima da saúde lá também. Tá na hora de ajeitar lá os dentes dele, fica longe para a gente vir para cá [...] (A4)

[...] ela me explicou que aqueles de trás, os últimos, são permanentes [...] é aprendizado [...] delas olharem e me falar o que tem que fazer, que eu tenho que tomar uma providência urgente para arrumar o dentinho dela para não agravar [...] (A6)

4.3.5 A Necessidade da Presença Contínua do Cirurgião-Dentista no Ambiente Hospitalar para Atenção Odontológica à População

Os participantes entendem que o “Projeto do HU” deve continuar e se expandir para outros contextos. Para tanto, sugerem que o mesmo seja mais bem divulgado na instituição hospitalar.

[...] divulgar mais o trabalho deles porque eu não sei o que eles fazem, por isso que eu estou falando pra ti, a gente não sabe a metodologia e o cronograma que eles têm, se eles fazem algum estudo de caso da criança, se apresentam isso, aí não é passado pra gente isso depois [...] (P2)

[...] eu acho que divulgar mais porque como eu vários pediatras não sabem desse estágio e dos trabalhos que vocês vêm fazendo, que os estudantes vêm fazendo [...] (P5)

Exceto as crianças que não se manifestaram a respeito, todos os demais participantes valorizaram a presença do cirurgião-dentista na Unidade de Internação Pediátrica.

Acho que deveria continuar, uma coisa boa, tanto para mim, que precisei hoje, como para outra pessoa que pode precisar um dia, estar com o filho doente e ainda com dor de dente, ninguém merece isso. [...] Todos os hospitais deveriam ter isso, esse incentivo, escovar os dentes, daí não teria nenhum banguela no mundo. (A2)

Eu acho ótimo, eu acho que só tem a acrescentar na melhora da qualidade da saúde e da educação, também de formação de base de tudo das pessoas, então eu acho que é uma coisa boa, excelente, que deve permanecer, deve continuar [...] (P8)

Para fomentar a efetiva participação do cirurgião-dentista no contexto hospitalar e sua integração na equipe de saúde, foram apontadas pelos participantes algumas possibilidades.

Na concepção dos acompanhantes, há necessidade da implantação de um consultório odontológico completo dentro do hospital para a realização da assistência odontológica para todos os usuários (acompanhantes e crianças).

Se tivesse um consultório ali (dentro do hospital), já seria outra coisa [...] já leva ali a criança, já vê e faz todos os procedimentos adequados, seria ótimo. (A1)

[...] já que eles vêm deveriam também olhar os pais, ver se precisam do incentivo, da ajuda, para olhar a boca, os dentes. [...] porque nós temos psicólogo que vem aqui, tem a assistente social que vê se precisamos de ajuda, e os dentistas também poderiam fazer isso, seria bem bom. (A2)

Alguns profissionais também vislumbraram essa possibilidade para os usuários, indo mais além, concebendo uma clínica ampliada, com funcionamento em período integral incluindo urgência.

Fazer uma clínica ampliada aqui dentro do HU, alunos atender aqui dentro no hospital as crianças e ampliar para a família [...]. Se tivesse um ambulatório aqui dentro, teria uma continuidade. (P7)

[...] ideal seria se realmente houvesse um consultório de odontologia disponível para a tarde se fazer um atendimento mais completo, não só os pequenos curativos, não só o encaminhamento, [...] então se houvesse uma estrutura aqui dentro do hospital em que se pudesse fazer esse atendimento noturno, já fazer essa parte mais emergencial, seria muito melhor, muitas vezes a gente pega criança com abscesso, com celulite de face por abscesso periapical e tudo mais, não tem como resolver essa parte pelo simples fato que não tem uma estrutura [...] (P3)

Encontraram-se, também, percepções que apontam para a possibilidade de ampliar a assistência odontológica para áreas de atuação mais específicas dentro da odontologia como a ortodontia e a prótese.

[...] aparelhagem para as crianças, pagar os aparelhos, não digo totalmente de graça [...] tem as pessoas que não têm condições, também, de fazer prótese [...] (A7)

4.3.6 Representação do Cirurgião-Dentista para os Participantes: Sofrimento e Bem Estar

A análise do conjunto dos depoimentos, mostra que perpassa nas concepções dos participantes, explicitamente ou nas entrelinhas, a representação que fazem do cirurgião-dentista.

Identificou-se que a imagem que fazem do mesmo envolve sofrimento e bem-estar. O sofrimento foi relacionado à dor decorrente de problemas que poderiam ter sido evitados e ao próprio tratamento odontológico.

[...] eu tenho uma longa história traumática com dentista. Na minha infância tive muito abscesso periapical [...], por isso mesmo acho que eu valorizo mais ainda a presença de vocês, porque eu tenho um histórico pessoal muito dolorido, então, por pensar que daqui a pouquinho vocês estão fazendo um trabalho para prevenir o sofrimento dessas crianças aqui é muito bom, é muito bom ter vocês aqui, pode ser que ninguém valorize tanto vocês quanto eu. (P3)

[...] a gente não tem essa cultura de estar se preocupando muito com a saúde bucal, só se preocupa quando acontece aquele problema naquele dente, quando a coisa está muito agravada. Aí tu lembra que tem que procurar um dentista [...] (P1).

A imagem de bem-estar é relacionada ao alívio da dor e do desconforto bucal e à melhora na aparência.

[...] em primeiro lugar é a saúde da pessoa, a boca, os dentes. Com dor de dente tu não podes comer, não pode fazer nada, não agüenta de dor [...] (A4)

[...] ele quer que os dentes da gente fique bem bonito, não querem que a gente tenha dente muito feio que não possa ter sorriso [...] (C4)

A satisfação também envolve a qualidade da atenção odontológica como um todo, quando liberta a pessoa do medo que sentia dos procedimentos e facilita a aprendizagem de prevenção de problemas e o benefício alcançado com a atenção.

[...] a gente tinha medo, quem tem medo não sabe como é bom ir no dentista, aprendi bastante com o dentista e agora vou porque não tenho medo dele. (C4)

Muitos profissionais relacionaram o cirurgião-dentista a mais um profissional da área da saúde, valorizando a sua presença na Unidade na perspectiva da saúde integral, inclusive para aperfeiçoar o atendimento médico.

[...] representa mais um profissional da saúde, que tem a sua importância e que tem o seu papel, que se faz necessário [...] (P1)

[...] ele é um dos pilares do atendimento médico [...] (P4)

Apesar de todas as dificuldades apresentadas, relacionadas tanto às limitações impostas pela assistência odontológica no serviço público quanto às deficiências do “Projeto do HU”, foi unânime o entendimento de que o cirurgião-dentista deve fazer parte da equipe multidisciplinar dentro da Unidade e da importância da presença desse profissional para a atenção integral da criança.

[...] é necessário, tem que fazer parte assim mais do que nunca, tem que fazer parte da equipe, da equipe de saúde. (P1)

4.4 Discussão dos Resultados

As percepções acerca da presença do cirurgião-dentista na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da UFSC variaram conforme o referencial dos participantes, de suas vivências com a assistência odontológica. Os profissionais demonstraram associação com um conceito mais amplo, conforme as Políticas Públicas de Saúde, enquanto prevalece no discurso dos usuários o cirurgião-dentista como referência para tratar a “doença do dente” e suprir dificuldade de acesso ao serviço público.

Essas percepções são concebidas a partir da atenção odontológica recebida ao longo da vida e da apreciação das atividades realizadas pelos cirurgiões-dentistas, a saber: diagnóstico, exame clínico, atenção a saúde, Tratamento Restaurador Atraumático (TRA), encaminhamento, instruções de higiene bucal, ações de promoção à saúde, ações educativas e preventivas, segundo nomenclatura das Políticas Públicas de Saúde e Diretrizes Curriculares Nacionais. Todas essas atividades são realizadas no “Projeto do HU”, excluindo tratamentos que exijam a utilização de equipamento odontológico de alta tecnologia.

A presença do cirurgião-dentista dentro da Unidade de Internação Pediátrica do HU/UFSC revelou-se como uma novidade e comodidade para os usuários, alguns dos quais mostraram uma visão de que o profissional que atua dentro do hospital é melhor, bem como o hospital que tem um cirurgião-dentista é melhor do que aquele que não conta com esse profissional.

Na ótica dos acompanhantes, a atenção prestada pela Unidade de Internação Pediátrica, incluindo as atividades desenvolvidas pelos alunos do Curso de Graduação em Odontologia, possui caráter universal, condição que, segundo o Ministério da Saúde (Terminologias da Saúde), abrange indiscriminadamente todos os indivíduos, sendo a universalidade o primeiro princípio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988). Manifestaram, também, que o atendimento odontológico resulta na integralidade da assistência à criança, mesmo que não resolva todos os problemas. Na concepção de Chaves (1986), a finalidade da odontologia social é humanística, só tendo sentido quando articulada com uma gama de objetivos progressivamente maiores, sendo a saúde bucal uma parte constituinte da saúde e esta um componente do bem-estar ou qualidade de vida.

A valorização do profissional da odontologia ficou evidente no estudo, especialmente quando os participantes salientam que o

cirurgião-dentista é o profissional especializado e sabe o que deve ser feito em casos de problemas relacionados à saúde bucal. Qualquer pessoa com dor de dente não consegue se alimentar ou produzir. No caso de crianças, isso pode causar ausência às aulas e atraso nos estudos, gerando um impacto negativo em suas vidas. Botazzo (2008) mostra que a relação entre bem-estar, sua importância e interferência da má-condição de saúde bucal, e a funcionalidade, causa impacto social nas relações pessoais, profissionais, enfim na vida dos indivíduos.

Porém, notou-se que havia dificuldade de interação dos alunos do Curso de Graduação em Odontologia com os profissionais da equipe de saúde da Unidade de Internação Pediátrica, principalmente com os médicos, como também havia pouco registro das atividades realizadas, porque existe ainda a ideia errada de que o prontuário é do médico, sendo somente ele que pode prescrever e fazer a evolução no prontuário do paciente. Esse fato demonstrou a pouca familiaridade do profissional da odontologia em atuar em equipes interdisciplinares, em ambiente hospitalar, ocasionando uma falha na comunicação com a equipe de saúde.

Além disso, verificou-se que, devido ao horário do “Projeto do HU”, os profissionais da área médica desconheciam as atividades do projeto com os seus pacientes ali internados, o que mostra que não houve um preparo de ambas as equipes, gerando a falta de comunicação, bem como de uma ação multidisciplinar.

Esse desencontro ocorreu por causa do horário definido, pela equipe de enfermagem, para o “Projeto do HU”, com a finalidade de favorecer as atividades dos alunos com as crianças internadas e acompanhantes, para não interferir na dinâmica de trabalho da Unidade, bem como nas atividades desenvolvidas por estagiários de outros cursos, pois no turno da manhã e início da tarde há muitos alunos, como também médicos e equipe de enfermagem atuando ao mesmo tempo na Unidade. Esse horário também foi compatível com a matriz curricular do Curso de Graduação em Odontologia.

Também houve críticas, por parte dos profissionais da equipe de saúde, quanto à formação do cirurgião-dentista, alegando que o mesmo possui formação isolada em relação às outras áreas de conhecimento científico, tornando difícil o acesso a ele, tanto para o contato entre os profissionais, como para usufruir dos serviços públicos e pelo alto custo no setor privado.

Através da obra de Lacerda e Traebert (2006), se explica esse isolamento quando os autores expõem, que por meio do trabalho focalizado na cavidade bucal, desconsiderando a saúde geral, resulta no

isolamento e desarticulação do cirurgião-dentista em relação aos demais profissionais da saúde.

Ficou clara, no discurso de todos os profissionais, a necessidade de equipes multidisciplinares no HU/UFSC para realizar um cuidado integral, beneficiando o paciente e os próprios profissionais no desenvolvimento das suas atividades.

Especificamente para a Unidade de Internação Pediátrica, todos os participantes desta pesquisa apontaram a importância do trabalho interdisciplinar. Isso foi principalmente frisado pelos profissionais da equipe de saúde, e alguns até mesmo manifestaram a ansiedade causada pela ausência do cirurgião-dentista na equipe, pois não sabem a melhor conduta para realizar com o paciente, para onde encaminhar em casos de necessidade de assistência individual. Especialmente os profissionais da equipe de enfermagem, que acompanham o paciente durante todo o tempo de internação, relataram que não se sentem preparados para tais atividades e que, também, pela sobrecarga de trabalho, não teriam tempo para isso. Convém lembrar, ainda, que esses profissionais não foram capacitados em sua formação acadêmica para as atividades relacionadas à odontologia.

Em relação aos acompanhantes, há a percepção da importância do cirurgião-dentista na questão da prevenção de doenças, promoção e educação direcionada para a saúde bucal, resultando no empoderamento das ações para essa população.

Nesses casos, a educação em saúde é fator determinante para a busca de assistência ou de ações para a manutenção da própria saúde. De acordo com Freire (2009a), ensinar é criar possibilidades para a produção ou construção de conhecimento e não apenas transferi-lo. Para esse autor, não há validade no ensino que não resulta em um aprendizado, em que o aprendiz não se tornou capaz de recriar ou refazer o ensinado. Ele ainda afirma que não importa a área em que trabalhamos; o importante é que cada uma, com o seu trabalho específico, deve desafiar os grupos populares para que percebam a violência e a intensa injustiça que assinalam a sua situação concreta e, também, percebam que essa situação pode ser modificada.

Freire (2009b) vislumbra uma educação em que as pessoas tivessem conhecimento da sua problemática e, conscientes disso, ganhassem força e coragem para lutar, ao invés de serem levadas e arrastadas, submetidas às imposições de outros; educação que as colocassem em diálogo constante, com análise crítica e certa rebeldia que as impulsione às mudanças; uma educação corajosa para enfrentar e

mostrar o seu direito de participação, que levasse o homem a uma nova postura perante os problemas.

As atividades educativas, realizadas na Unidade de Internação Pediátrica, visam à construção de conhecimentos através da prática de hábitos de higiene, com orientações e esclarecimentos de dúvidas ou curiosidades levantadas pelos acompanhantes. Por se sentirem acolhidos, percebeu-se nos acompanhantes uma valorização dessas atividades e satisfação no aprendizado, manifestada por todos como uma possibilidade de mudança de hábitos.

Essa forma de mudança de atitudes é mencionada por Freire (2009a), quando cita que não se pode impor arrogantemente o saber como verdadeiro as pessoas, mas que é através do diálogo que se vai desafiando o grupo popular a pensar sua história social, que se vai desvendando a necessidade de superar certos saberes. A construção do conhecimento do objeto envolve o exercício da curiosidade, sua capacidade crítica de “tomar distância” do objeto, de observá-lo, de eliminá-lo, sua habilidade de comparar, de indagar.

Para Briceño-León (1996), se as pessoas não mudam o seu saber e a sua cultura, ou seja, a sua visão, não adianta ter os meios porque não irão utilizá-los por uma questão de hábitos. Segundo o mesmo autor, a ignorância não é um espaço a ser preenchido. Trata-se de conhecer quais são as crenças, os conhecimentos e os hábitos que os indivíduos têm para poder trabalhar sobre eles e tentar gerar uma transformação dos mesmos saberes em novos, pois, se as crenças forem modificadas, os hábitos serão trocados. Para isso, é preciso conhecer as visões e as práticas para poder identificar com clareza a matéria-prima sobre a qual se deve desenvolver o trabalho. Isso implica uma ação crítica, mas ao mesmo tempo respeitosa e solidária. O processo educativo é bidirecional, em que ambas as partes acendem um compromisso de transformação de seus próprios conhecimentos.

Outros depoimentos também mostraram o hábito cultural de procurar o cirurgião-dentista apenas em ocorrências de dores ou quando o problema encontra-se agravado e, nesses casos, só se pode resolver o problema com intervenção profissional invasiva (FRAZÃO; NARVAI, 1996).

De acordo com os participantes deste estudo conclui-se que os processos de tratamento e cura, transmitidos de pais para filhos, vêm da sabedoria popular. Costa et al. (1998), descreveram em seu estudo, que é no núcleo familiar que se desenvolve a formação da personalidade, dos bons costumes e dos bons hábitos de higiene, por isso é muito importante os programas de educação em saúde envolver a mãe, a qual

pode atuar como agente multiplicador de conhecimentos tendo em vista a promoção da saúde em todo o seu núcleo familiar.

Através dos relatos dos participantes da pesquisa, revela-se que a educação se dá no seio da família, e os hábitos são passados de geração em geração, conforme a família faz, a criança aprende, e quando adulta repete os mesmos aprendizados.

Em um estudo que objetivou verificar os hábitos referentes à saúde bucal e a condição sócio-econômica, em três gerações consecutivas da mesma família, teve como conclusão que os hábitos comportamentais referentes à saúde bucal e a condição bucal podem ser influenciados pelo contexto familiar. Por isso, que se mostra importante a promoção e a educação em saúde que tenha a abrangência familiar, envolvendo seus hábitos e aspectos do estilo de vida relacionados à doença cárie (RAUEN, 2006).

Segundo Briceño-León (1996), as pessoas devem atuar para garantir a sua própria saúde e participar na construção de programas para que estes sejam levados a sério. É possível que ações verticais tenham maior eficácia e sejam de resultados mais imediatos, mas a permanência dessas ações em questão de tempo é mais frágil. Quando se fala em educação para a participação comunitária em programas de saúde, pensa-se na maneira de como é possível utilizar os conhecimentos das teorias da ação individual e social para conseguir uma troca no comportamento dos indivíduos.

No trabalho desenvolvido por Júnior et al. (2005) foi avaliada a experiência de estudantes do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte estagiando na enfermaria pediátrica de um hospital público, atuando como educadores em saúde bucal, com o encargo de estimular pacientes internados e seus acompanhantes no desenvolvimento de práticas saudáveis, objetivando o amparo global e humanizado ao paciente hospitalizado. No período avaliado (6 meses), os dados indicaram que houve resultados satisfatórios (redução dos índices de biofilme dentário), sendo que os pacientes aceitaram a higiene bucal como uma prática cotidiana no hospital. Além disso, a atividade extramuros forneceu ao aluno experiências diferentes da usual, o que resultou em ganho, tanto na formação humana quanto na profissional, adquirindo o aluno, dessa maneira, uma visão integral do paciente. Os autores concluíram que as atividades de promoção e educação em saúde, desenvolvidas de forma lúdica pelos alunos para o binômio paciente/acompanhante, possibilitam que este saia do âmbito hospitalar com melhor entendimento da relação entre saúde bucal e

saúde geral de uma forma integrada, podendo ser agente multiplicador de ações promotoras de saúde na família.

A realização de atividades lúdicas pelos alunos do Curso de Graduação em Odontologia foi uma questão que a maior parte dos sujeitos participantes evidenciou como um fator positivo para a educação em saúde, principalmente na faixa etária em que se encontram as crianças internadas. A educação em saúde direcionada para crianças permite um aprendizado sobre os cuidados com a saúde que podem ser levados para toda a vida.

Algumas respostas dos participantes da equipe de enfermagem em relação às atividades de prevenção e promoção de saúde dos alunos da Graduação em Odontologia foram: “orientar”; “ensinar”; “ajudar a fixar”; “educar para a saúde” e “orientar a família”, e que isso pode mudar o pensamento em relação à saúde bucal.

Uma pesquisa qualitativa, realizada por Mitre e Gomes (2004), com profissionais da saúde de três hospitais de diferentes regiões do Brasil, analisou diferentes formas para a promoção do brincar no espaço da hospitalização de crianças, interpretando, a partir da visão dos profissionais entrevistados, que isso pode ser uma expressiva ferramenta, principalmente em relação a questões como: a integralidade da atenção, a adesão ao tratamento, o estabelecimento de canais que facilitem a comunicação entre criança, profissional de saúde e acompanhante, a manutenção dos direitos da criança, a (re)significação da doença por parte dos sujeitos. Os autores concluíram, assim, que a promoção do brincar no âmbito hospitalar pode colaborar para que haja uma nova visão do modelo tradicional de intervenção e cuidado de crianças hospitalizadas, amenizando o sofrimento por meio do processo lúdico, privilegiando o saudável e o prazeroso.

Na visão dos acompanhantes, é melhor prevenir para não precisar do serviço público e que vale a pena cuidar dos dentes, porque “não há como os dentes naturais, prótese incomoda”. Atualmente a odontologia encontra-se muito evoluída em tecnologia, com técnicas restauradoras que devolvem a estética e a função, o que permite a manutenção de dentes que antigamente teriam um tratamento mutilador, com indicação de extração. Além disso, a odontologia também evoluiu em relação à prevenção, permitindo a manutenção dos dentes por muito mais tempo.

A melhor tecnologia em prevenção consta em saber a teoria e prática do método científico, para pesquisar e poder apresentar soluções aos problemas de saúde bucal, em conjunto com a população, buscando transformar a realidade do contexto em que se está trabalhando.

Portanto, a prevenção deve ser conhecida e almejada por todos, na ciência de todos e não apenas de propriedade de poucos (CORDÓN; GARRAFA, 1991).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica n.º 17 (BRASIL, 2007), as ações de promoção à saúde, para controle e prevenção da cárie na população, evidenciam providências de saúde pública intersetoriais e educativas, que permitam acesso ao flúor, diminuição da ingestão do açúcar e informação sobre os fatores de risco e autocuidado. As políticas direcionadas à melhoria das condições socioeconômicas, da qualidade de vida, do acesso à posse e uso dos instrumentos de higiene e estímulo à manutenção da saúde são também determinantes. Essas ações educativas e preventivas devem ser realizadas com grupos de pessoas usando-se os espaços sociais tais como creches, escolas, locais de trabalho, comunidade e espaços da unidade de saúde. As crianças, em idade pré-escolar e escolar, podem ser alvo dessas ações, pelo impacto das medidas educativas e preventivas nessa faixa etária e pela importância da atuação na fase de formação de hábitos (BRASIL, 2006).

Todas as crianças participantes da pesquisa já haviam recebido, ao menos uma vez, assistência odontológica, e a maioria delas relatou haver cirurgião-dentista prestando assistência na escola, porém disseram ter aprendido sobre saúde bucal com as atividades dos alunos do Curso de Graduação em Odontologia. Esse fato sugere a falta de atividades de prevenção e promoção da saúde dentro da atenção no serviço público, bem como na educação escolar.

Competem, também, aos profissionais da saúde da atenção básica, incluindo-se o cirurgião-dentista, atividades de promoção e educação em saúde, em programas de saúde com participação comunitária. Os usuários participantes mostraram falta de autonomia na busca pela assistência, como também do empoderamento dessas ações. Esse aspecto foi perceptível no discurso de todos os acompanhantes, na valorização das ações educativas realizadas, tanto com as crianças quanto com eles próprios, bem como foi perceptível nos profissionais, pelo interesse deles em também receberem essas orientações na forma de aula e de troca de informações em reuniões periódicas no hospital.

Alguns usuários manifestaram a dificuldade de acesso ao cirurgião-dentista e falta de conhecimento sobre o estado da saúde bucal do seu filho, como também o fato de não saberem como proceder em situações de necessidade de receber assistência odontológica.

Inferese, assim, a partir das percepções dos participantes, que, a despeito do incremento na atenção à saúde bucal no serviço público, a

atenção odontológica na saúde pública está aquém do que preconiza o SUS.

Na obra de Lacerda e Traebert (2006) são apontados os problemas relacionados à odontologia no setor público, a qual se apresenta reproduzida no modelo hegemônico, caracterizado pela centralização do trabalho do cirurgião-dentista, utilização de tecnologia não apropriada às situações locais, pouca utilização de pessoal auxiliar, baixa cobertura, prioridade aos procedimentos individuais e inexistência de referencial epidemiológico para guiar as ações.

Considerando que somente em 2001 é que houve a inclusão da odontologia na Equipe de Saúde da Família no Estado de Santa Catarina, é de se esperar que ainda não haja a participação do cirurgião-dentista, de maneira efetiva tanto quanto representam as figuras dos profissionais da medicina e da enfermagem, presentes desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Entre dezembro de 2002 a março de 2008 houve uma ampliação de 139% no número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF em Santa Catarina, sendo que em dezembro de 2002 havia 264 ESBs e, em março de 2008, 665 ESBs implantadas (SANTA CATARINA, 2008). Apesar desse incremento, o serviço público ainda se mostra insuficiente para atender às necessidades da população e não consegue absorver a demanda reprimida. Contudo, concorda-se com Lacerda e Traebert (2006) quando indicam que a rápida ampliação da cobertura dos serviços de saúde mostra-se como uma preocupação para os gestores e profissionais da saúde, pois não foi acompanhada de mecanismos eficazes de financiamento e de aspectos legais.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2007), a atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, individual e coletivo, que compreendem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É realizada por meio do exercício de práticas gerenciais sanitárias democráticas e participativas, na forma de trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios definidos, levando em conta a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Emprega tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem solucionar os agravos de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Norteia-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

Nesta pesquisa, percebeu-se nos participantes que houve maior valorização da assistência odontológica do que das atividades de educação e promoção da saúde, tanto por parte dos acompanhantes quanto pelos profissionais da saúde. Isso possivelmente se deve as suas necessidades odontológicas acumuladas e dos seus filhos e à dificuldade de acesso ao cirurgião-dentista no serviço público, como também à atenção odontológica particular, pelo custo muito elevado.

A maioria dos participantes da pesquisa falou que o atendimento particular é caro e no “posto” demora, e vislumbraram a ideia de fazer uma clínica ampliada dentro do hospital, para atender todos os usuários do hospital, inclusive os acompanhantes. Alegaram que, assim, poderia haver uma assistência completa, resolvendo os problemas de saúde bucal e também a continuidade do tratamento. Esse trabalho assistencial e de atenção contínua compete não à atenção terciária mas sim à atenção básica em saúde, a qual é a porta de entrada do sistema de saúde. Dessa forma, percebe-se que há desconhecimento do real papel do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar.

Nas palavras do deputado Neilton Mulin (2008), em seu projeto de lei que visa estabelecer a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas Unidades de Terapia Intensiva e em outras unidades de clínicas ou hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados, o cirurgião-dentista deverá dar um atendimento específico, buscando manter a higiene bucal e a saúde do sistema estomatognático do paciente durante sua internação, controlando o biofilme e prevenindo e tratando a cárie, a doença periodontal, as infecções perimplantares, as estomatites e outros problemas bucais. O atendimento odontológico do paciente crítico visa à prevenção de infecções hospitalares, especialmente daqueles em UTI. De acordo com o texto desse projeto, entende-se que o papel do cirurgião-dentista, no ambiente hospitalar, tem por finalidade a prevenção de agravos à saúde geral do paciente, e não o tratamento odontológico em toda sua amplitude.

Ficou evidente a importância do trabalho do cirurgião-dentista dentro do hospital, pela aceitação dos profissionais da Unidade de Internação Pediátrica e, em especial, dos acompanhantes, bem como pela satisfação em terem participado das atividades educativas e preventivas, além da resolução de problemas bucais de seus filhos.

A presença do cirurgião-dentista na Unidade de Internação Pediátrica também seria importante porque a maior parte das internações nessa unidade é por doenças respiratórias: das 692 crianças assistidas pelo “Projeto do HU” de maio de 2008 até dezembro de 2009, 427

estavam internadas por doenças respiratórias, e das cinco crianças participantes desta pesquisa apenas uma não estava internada por esse motivo e todas apresentavam lesões de cárie.

Existem trabalhos que indicam a relação da placa dental com infecções respiratórias nosocomiais, como mostra De Riso et al. (1996), em sua pesquisa com pacientes que se submetiam a cirurgia cardíaca com uso de respiradores artificiais, em que a descontaminação da cavidade bucal anteriormente à realização da cirurgia, utilizando clorexidina 0,12%, resultou em redução dos índices de infecções do trato respiratório e preveniu uma possível infecção.

Também há outros estudos que mostram que a presença de patógenos cariogênicos e periodontais e higiene bucal deficiente foram identificadas como possíveis fatores de risco para a pneumonia nosocomial. Portanto, a cavidade bucal pode servir como um depósito para patógenos respiratórios e, intervenções de saúde bucal podem reduzir a incidência ou a progressão da pneumonia adquirida em pacientes hospitalizados (MOJON, 2002; TENG et al., 2002; AZARPAZHOOH; LEAKE, 2006; OLIVEIRA et al., 2007).

Por sua vez, a cárie ainda afeta grande parte da população brasileira, especialmente a de baixa renda. O número de crianças de 18 a 36 meses que apresentavam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie, no Brasil, chegava a quase 27%, e naquelas com 5 anos de idade chegava a ser 60%. Em relação à dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos apresentavam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie (BRASIL, 2004). Em 2008 foi realizado exame para o inquérito de cárie dentária em crianças aos 12 anos de idade, em Florianópolis, mostrando índice CPO-D de 0,76, apontando uma significativa redução no índice CPO-D de 1995 que era de 2,71 (SMSF, 2010).

Lacerda e Traebert (2006) garantem justificativas para os dados que mostram grande parte da população brasileira ainda afetada pela cárie, enfatizando que se não há melhoria na condição de saúde da população, aumenta a necessidade de serviços, o que gera um ciclo vicioso, ligado a um processo de formação profissional ultrapassado, resultando em um serviço odontológico, na maioria das vezes, ineficaz e ineficiente.

O controle da cárie envolve desde a avaliação das causas do desequilíbrio identificado e intervenção sobre os fatores determinantes, que inclui as ações educativas para controle de placa, uso tópico de flúor de acordo com a indicação e risco, até o controle da doença, aconselhamento dietético e estímulo ao fluxo salivar. O tratamento deve

ser individualizado, compreendendo a instrução de higiene bucal, com orientações sobre a escovação dental, uso do fio dental, limpeza da língua e frequência de higienização (BRASIL, 2006).

Pelo exposto, entende-se que a presença contínua do cirurgião-dentista no contexto hospitalar como profissional da equipe de saúde se faz necessária, na perspectiva de uma atenção integral ao paciente hospitalizado, conforme as diretrizes do SUS.

5 REFLEXÕES FINAIS

A pesquisa evidencia que os participantes – equipe de saúde e usuários da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da UFSC – percebem como muito importante, e até fundamental, a participação efetiva do cirurgião-dentista na atenção à saúde da criança hospitalizada. Essa percepção tem origem em experiências vividas com a atenção odontológica e, também, por crenças e conhecimentos acerca do que é idealizado para a prática do profissional cirurgião-dentista na atenção integral à saúde da criança.

Embora a percepção dos participantes deste estudo esteja, em parte, equivocada em relação às competências do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar, houve o entendimento da importância e da necessidade desse profissional como membro da equipe de saúde da Unidade de Internação Pediátrica, para uma atenção integral e humanizada da população assistida, que vai da promoção à saúde ao tratamento mais especializado de agravos no sistema estomatognático.

A população do estudo demonstrou que o cirurgião-dentista representa um profissional que causa sofrimento e também bem estar, posto que seu papel seja importante na medida em que é o responsável para tratar problemas dentários, diminuir a dor e também melhorar a aparência das pessoas.

Ressalte-se, nesse estudo, o fato desse profissional ter sido considerado importante no contexto hospitalar, como uma possibilidade de seu trabalho sistemático contribuir para sanar limitações que ocorrem na assistência odontológica oferecida no serviço público.

A participação do cirurgião-dentista foi percebida como apoio à equipe para dinamizar e otimizar o trabalho interdisciplinar, desenvolvendo atividades assistenciais específicas da área, além de atuar como educador na prevenção de doenças e promoção de saúde, atividades essas realizadas pelos alunos da Graduação em Odontologia, na atenção terciária, as quais também competem à Atenção Básica desempenhar nas Unidades de Saúde.

As atividades desenvolvidas pelos alunos do Curso de Graduação em Odontologia beneficiam tanto os usuários como a equipe de saúde, apesar da necessidade de haver um vínculo maior e efetivo entre a Odontologia e a Unidade de Internação Pediátrica. Embora as Políticas Públicas de Saúde e as DCNs preconizem a atuação dos profissionais da saúde em equipes interdisciplinares, esse modelo ainda carece de concretização, uma vez que ficou evidente que é um espaço de atenção à criança com característica multidisciplinar, na qual cada área

desempenha o seu papel isoladamente, sem interação. Especialmente os médicos não tinham conhecimento do trabalho desenvolvido pelo “Projeto do HU”, mesmo sendo este realizado no mesmo espaço.

A participação efetiva do cirurgião-dentista na equipe de saúde foi idealizada pelos participantes na assistência a toda a população, em uma clínica ampliada no ambiente hospitalar, com funcionamento em horário integral, incluindo atendimento de urgências. Essa idealização surge em decorrência da dificuldade de acesso a Atenção Básica no serviço público.

Com base no que preconizam as políticas públicas de saúde, a referência e a contrarreferência foram evidenciadas na expectativa da continuidade da atenção odontológica fora do hospital. Dessa forma, os participantes mostraram interesse, não só na continuidade da atenção, como também, em ter um retorno da resolução dos problemas de saúde da criança.

Mediante os dados obtidos, ficou claro que havia pouca integração entre os participantes do “Projeto do HU” e a equipe de saúde da Unidade de Internação Pediátrica, possivelmente pela própria formação acadêmica de todos os envolvidos, anterior às atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). A partir da entrada da pesquisadora no campo, obteve-se um maior contato dos alunos da Odontologia com a equipe de enfermagem, despertando nessa equipe interesse e valorização das atividades desenvolvidas por esses alunos.

Considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais e as políticas públicas de saúde no Brasil é possível entender que alguns profissionais atuantes na atenção básica não estejam preparados para atuar de acordo com as diretrizes do SUS, uma vez que o PSF surgiu em 1994 e o cirurgião-dentista somente foi incluído na equipe de saúde em 2000, antes da homologação das DCNs para o Ensino de Graduação em Odontologia, as quais preconizam uma formação mais generalista que atenda as reais necessidades da população brasileira, com atuação em equipes multidisciplinares e interdisciplinares.

Os resultados validaram a proposta do “Projeto do HU”: um trabalho acadêmico que, além de aprimorar a formação profissional dos alunos da graduação e pós-graduação em Odontologia e gerar interação entre os mesmos, apresenta relevância social e desenvolve o espírito de cidadania desses futuros profissionais.

As percepções encontradas acentuam que a atuação em outros cenários de prática que não o acadêmico, preconizada pelas DCNs e pelo Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Graduação em Odontologia da UFSC, objetiva favorecer a integração entre equipes

multidisciplinares de alunos de diferentes cursos da área da saúde, visando à formação de profissionais com uma visão mais ampla e crítica quanto às reais necessidades da população e seus desafios no âmbito da saúde coletiva.

E, finalmente, considera-se que a pesquisa contribuiu para aumentar o conhecimento sobre o “Projeto do HU”, favorecendo, inclusive, identificar seus méritos e suas fragilidades, o que poderá ser utilizado para promover possibilidades de incrementar seus potenciais, tendo em vista as expectativas da população e equipe de saúde daquele contexto.

Uma das limitações encontradas para a realização deste estudo relacionou-se à escassez de literatura na questão de trabalhos que discutissem claramente as atividades de assistência e ações de educação, prevenção e promoção da saúde, em nível hospitalar. É importante ressaltar que outra dificuldade para desenvolver este estudo, foi a necessidade de aprender o método qualitativo concomitantemente com a sua execução, exigindo maior tempo para as atividades correspondentes.

Outra importante limitação desta pesquisa foi não encontrar descritas na Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966, que Regula o Exercício da Odontologia, as atividades inerentes ao cirurgião-dentista. Essa lei não estabelece claramente as competências do cirurgião-dentista, encontrando-se defasada em relação às aspirações do SUS, bem como ao estado atual de desenvolvimento da odontologia e do ensino, tendo em vista que o SUS foi criado constitucionalmente, regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Da mesma forma, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), que é o órgão fiscalizador, está baseado na Lei que Regula o Exercício da Odontologia e, embora o Código de Ética Odontológica tenha sido atualizado em 2006, continua definindo as competências do cirurgião-dentista com base nessa Lei, o que dificultou a elaboração das categorias que identificassem as atividades esperadas do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar.

Entretanto, esse aspecto contribuiu não apenas para se evidenciar o distanciamento existente entre a Lei que Regula o Exercício da Odontologia e as DCNs de 19 de fevereiro de 2002, como também para abrir possibilidades de discussão coletiva no ambiente do Curso.

Sugestões e Recomendações

Sugere-se a inclusão das atividades do “Projeto do HU” como parte da formação acadêmica, como estágio obrigatório durante o Curso de Odontologia, em espaço apropriado dentro do HU, para que os alunos possam atender os casos de urgência (odontológica) durante o período de internação e ajudar na recuperação da saúde da criança, além de terem a oportunidade de vivenciar a experiência de atuar no âmbito hospitalar, em equipes multiprofissionais.

Dentro do hospital, recomenda-se a divulgação do trabalho do “Projeto do HU”, para que os demais profissionais saibam da existência desse projeto, com a finalidade de melhorar a comunicação e integração das diferentes áreas da saúde dessa instituição e, quem sabe, ampliar o trabalho para outras unidades.

Ainda, quanto ao “Projeto do HU”, seria recomendável a realização de reuniões multidisciplinares periódicas com a equipe de saúde da Unidade de Internação Pediátrica do HU/UFSC, para que haja uma interação maior entre os profissionais, podendo assim todos conhecer melhor o projeto e com isso aperfeiçoar o trabalho em equipe.

Sobre o corpo docente da Universidade sugere-se o seu aperfeiçoamento na metodologia qualitativa, capacitando os professores para desenvolver outras pesquisas em outros contextos, que levem em conta aspectos subjetivos da atenção em saúde bucal.

De acordo com as políticas públicas de saúde do país, mostra-se necessária a educação continuada dos profissionais atuantes no serviço público, visando a aprimorar o trabalho interdisciplinar. É muito importante ressaltar que a educação é um constructo permanente, que não se encerra, pois o profissional deverá manter-se sempre atualizado.

Em relação à literatura, foram poucos os trabalhos encontrados sobre as ações de promoção, educação e prevenção de agravos à saúde decorrentes de problemas bucais, o que justifica a necessidade de estudos que estabeleçam a importância da intervenção odontológica, em ambiente hospitalar, visando à atenção integral à saúde da criança internada e à orientação a seus acompanhantes.

Por último, recomenda-se nesta pesquisa a promoção de debates para a revisão e atualização da Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966, a qual Regula o Exercício da Odontologia, de acordo com as exigências das políticas públicas vigentes no país.

6 REFERÊNCIAS

ADA. Position of the American Dietetic Association: Oral health and nutrition. **J. Am. Diet. Assoc.**, Chicago, v. 107, n. 8, p. 1418-1428, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.eatright.org>>. Acesso em: 02 maio 2008.

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.

AZARPAZHOOH, A.; LEAKE, J. L. Oral health and respiratory diseases. **J Periodontol.**, Toronto, v. 77, p. 1465-1482, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2008. 288p.

BESEN, C. B. et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994. 336p.

BOTAZZO, C. A bucalidade no contexto da Estratégia Saúde da Família: ajudando a promover saúde para indivíduos, grupos e famílias. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 81-88. cap.5. 308p.

BRASIL. Ministério da Educação. CNE Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES 3, de 19/02/2002 **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10. Disponível em: < www.mec.gov.br>. Acesso em: 03 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Terminologias da Saúde. Disponível em:< <http://bvsmms.saude.gov.br/php/>>. Acesso em: 19 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica n.º. 17 – Saúde Bucal**. Brasília, 2006. 92p Disponível em: <www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria Nacional de Assistência à saúde/SNAS. **ABC do SUS: doutrina e princípios**. Brasília, 1990. 20p. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição Federal 1988**. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Leis 8080/90 e 8142/90. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 maio 2008.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitária para la participación comunitária. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.7-30, jan./fev. 1996.

BROOK, I. Anaerobic infections in children. **Adv. Pediatr.** Chicago, v. 47, p. 395-437, 2000.

CHAVES, M. M. **Odontologia social**. 3. ed. São Paulo: Artes Medicas, 1986. p. 429-437. 448p.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica 2006**. Disponível em: < <http://cfo.org.br> >. Acesso em: 18 dez. 2009.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia – Resolução CFO-63/2005**. Lei 4.324 de 14/04/64 e 5.081 de 24/08/66. Disponível em: < <http://cfo.org.br> >. Acesso em: 18 dez. 2009.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm >. Acesso em: 08 abr. 2010.

CORDÓN, J.; GARRAFA, V. Prevenção versus Preventivismo. **Divulgação e Saúde para debate**, n. 6, p.10-16, jun. 1991.

COSTA, I. C. C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 87- 92, abr./mai./jun. 1998.

CRO/PI. Conselho Regional de Odontologia do Piauí. Lei nº 2776/2008. Disponível em: < <http://www.cropi.org.br> >. Acesso em: 02 jul. 2008.

DAHLÉN, G.; MÖLLER, A. Y. R. Microbiology of endodontic infections. In: SLOTS, J.; TAUBMAN, M. A. **Contemporary Oral Microbiology and Immunology**. St. Louis: Mosby, 1992. cap. 24, p. 451-455.

DEMO, P. **Conhecimento moderno**: sobre ética e intervenção do conhecimento. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 83-134. 317p.

DE RISO, A. J. et al. Chlorhexidine gluconate 0.12% oral rinse reduces de incidence of total nosocomial respiratory infection and nonprophylactic systemic antibiotic use in patients undergoing heart surgery. **Chest**, Northbrook, v. 109, n. 6, p.1556-1561, jun. 1996. Disponível em: <<http://www.chestjournal.org>>. Acesso em: 11 maio 2008.

FAVARÃO, N. R. L.; ARAÚJO, C. S. A. Importância da Interdisciplinaridade no Ensino Superior. **EDUCERE- Revista da Educação**, Umuarama, v. 4, n. 2, p. 103-115, jul./dez. 2004.

FRAZÃO P.; NARVAI P. C. Promoção da Saúde Bucal em Escolas. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/DPromo.pdf>. Acesso em: 11 de abril 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009a. p. 30-90. 148p.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 32ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009b. p. 93-107. 158p.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 39-76. 220p.

JÚNIOR, A. M. et al. Experiência Extramural em Hospital Público e a Promoção de Saúde Bucal Coletiva. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 305-310, abr. 2005.

LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A Odontologia e a estratégia saúde da família.** Tubarão (SC): UNISUL, 2006. p. 19-39. 146p.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-1544, nov./dez. 2004.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1996. p. 264-270. 300p.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MISIARA, A. C. O. Considerações Médicas Sobre Pacientes com Problemas Respiratórios. In: BRUNETTI, M. C (org.). **Periodontia Médica.** São Paulo: SENAC, 2004. p. 375-390. 642p.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 147-154, 2004.

MOJON, P. Oral Health and Respiratory Infection. **J Can Dent Assoc**, Mississauga, v. 68, n. 6, p. 188-192, jun. 2002.

MORAIS, T. M. N. et al. A importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Brasil. Terap. Intens.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 412-417, out./dez. 2006.

MORITA, M. C.; HADDAD, A, E. Interfaces da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268-276. cap.11. 308p.

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de Saúde Bucal – Definições. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. v. 22, p. 3-22. cap.1. 359 p.

MULIM, N. Projeto de Lei nº 2776/2008. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>. Acesso em: 06 nov. 2008.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 68-72. 148p.

OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: Tendências e Perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 9-14, jan./mar. 1999.

OLIVEIRA, L. C. B. S. *et al.* A Presença de Patógenos Respiratórios no Biofilme Bucal de Pacientes com Pneumonia Nosocomial. **Rev. Brasil. Terap. Intens.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 428-433, out./dez. 2007.

PATRÍCIO, Z. M. **A Dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual-coletivo: uma questão de bioética numa abordagem holístico-ecológica**. 215 f. [Tese] (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Florianópolis: Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

PATRÍCIO, Z. M. **QUALIDADE DE VIDA DO SER HUMANO NA PERSPECTIVA DE NOVOS PARADIGMAS: Possibilidades Éticas e Estéticas nas Interações Ser Humano-Natureza-Cotidiano-Sociedade.** In: PATRÍCIO, Z.M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. (orgs.). **QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR: Uma Abordagem Qualitativa do Ser Humano Através de Novos Paradigmas.** Florianópolis: Ed. do Autor, 1999a. 368p.

PATRÍCIO, Z. M. *et al.* **Aplicação dos Métodos Qualitativos na Produção de Conhecimento: Uma Realidade Particular e Desafios Coletivos para Compreensão do Ser Humano nas Organizações.** ENANPAD, Foz do Iguaçu, set. 1999b.

PATRÍCIO, Z. M. **O processo ético e estético de pesquisar: um movimento qualitativo transformando conhecimentos e a qualidade da vida individual-coletiva.** Texto Disciplina Introdução à Pesquisa Sócio-Ambiental do Curso de Especialização em Recursos Hídricos/UFSC. Florianópolis: Núcleo de Estudos das Águas/UFSC/CNPq, 2004. p. 50-73.

PERES, K. G. A.; BASTOS, J. R. M.; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 402-408, ago. 2000.

PINTO, V. G. **Saude bucal: Odontologia social e preventiva.** 3.ed. São Paulo: Santos, 1992. p.7-13. 415 p.

RATH, I. B. S. **Avaliação do pH e fluxo salivares em crianças infectadas pelo HIV e sua relação com a doença das glândulas salivares associada ao HIV e o índice de cárie dental.** 165f. [Tese] (Doutorado em Odontologia – área de concentração Odontopediatria). Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

RAUEN, M. S. **A condição bucal e o estado nutricional em três gerações.** 139f. [Tese] (Doutorado em Odontologia – Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva). Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual da Saúde. **Projeto do Monitoramento da Implantação e do Funcionamento da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina.** Florianópolis: 2008. Disponível em: < www.saude.sc.gov.br > Acesso em: 26 Jan. 2010.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 33, n. 3, p. 31-40, 2004. Disponível em: < <http://www.acm.org.br> > Acesso em: 15 out. 2008.

SCANNAPIECO, F. A.; JÚNIOR, C. R. Doenças Periodontais *Versus* Doenças Respiratórias. In: BRUNETTI, M. C (org.). **Periodontia Médica.** São Paulo: SENAC, 2004. p. 375-390, 642p.

SMSF. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Diretoria de atenção primária em saúde. Gerência de programas estratégicos. Departamento de saúde bucal. **Saúde Bucal.** Disponível em: < <http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+bucal&menu=6> >. Acesso em: 12 abr. 2010

SLOTS, J. Systemic manifestations of oral infections. In: SLOTS, J.; TAUBMAN, M. A. **Contemporary oral microbiology and immunology.** St. Louis: Mosby – Year Book, 1992. cap. 26, p. 500-510.

STAMM, A. N. M. F. et al. Perfil socioeconômico dos pacientes atendidos no Ambulatório de Medicina Interna do Hospital Universitário da UFSC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 31, n. 1-2, p. 17-24, 2002. Disponível em: < <http://www.acm.org.br> > Acesso em: 15 mar. 2010.

TENG, Y. A. *et al.* Periodontal Health and Systemic Disorders. **J Can Dent Assoc**, Mississauga, v. 68, n. 3, p. 188-192, mar. 2002.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun. 1998.

UFSC. Universidade Federa de Santa Catarina. Curso de Graduação em Odontologia. **Projeto Pedagógico do Curso**. Florianópolis: 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA MESTRADO DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Crianças)

Prezado(a) Pai/Mãe/ou Responsável Legal, meu nome é Gianina Salton Mattevi e estou fazendo o trabalho: **“A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO À CRIANÇA NO CONTEXTO HOSPITALAR: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS E EQUIPE DE SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA”**, com o objetivo de saber o que as pessoas que usam a Unidade de Internação Pediátrica do HU pensam sobre a presença do dentista na equipe de saúde na atenção à saúde da criança nessa Unidade de Internação. Para que isso seja possível o seu filho(a) ou tutelado(a) apresentará opinião dele(a) através de uma entrevista que será gravada em um gravador digital. Este procedimento não prevê custos, desconfortos e/ou riscos, somente ocupará parte de seu tempo. Todos os dados coletados serão arquivados pela autora deste estudo, junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, e sua utilização só será permitida para a coleta de dados necessários para esta pesquisa. Através dos resultados obtidos, há a possibilidade da inserção do Dentista na equipe de atenção à saúde da criança e sua família. Os responsáveis legais e/ou as crianças têm a garantia de que receberão respostas ou esclarecimento a todas as suas dúvidas sobre assuntos relacionados com a pesquisa, através de contato com a aluna pesquisadora pelo telefone (48) 96279927 e da professora orientadora pelo telefone (48) 99890926 e, terão a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer prejuízo para seu filho que poderá continuar recebendo o atendimento odontológico oferecido, se for de seu interesse.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
responsável legal por _____,
fui informado(a) e compreendi todos os procedimentos que serão realizados nesse estudo e concordo com a participação de meu filho(a) ou tutelado no estudo, que será realizado pela Mestranda Gianina Salton Mattevi sob orientação da Profa. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC, bem como com a utilização dos dados coletados, desde que haja garantia de anonimato, conforme normas do Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos desta Universidade. Autorizo a gravação da entrevista e estou ciente de que apenas as respostas de interesse para a pesquisa serão utilizadas e concordo que os dados obtidos nesta pesquisa, são de propriedade exclusiva do curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, através de seus pesquisadores, aos quais permito pelo direito de retenção, uso para fim de ensino, pesquisa e extensão, bem como, com a divulgação dos resultados em revistas e eventos científicos da área da saúde.

Florianópolis, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do pai/mãe/responsável

R.G.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA MESTRADO DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais da Saúde)

Prezado(a) Profissional da Saúde, meu nome é Gianina Salton Mattevi e estou fazendo o trabalho: **“A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO À CRIANÇA NO CONTEXTO HOSPITALAR: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS E EQUIPE DE SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA”**, com o objetivo de saber o que os profissionais que atuam na Unidade de Internação Pediátrica do HU pensam sobre a presença do cirurgião-dentista ou Profissionais da Odontologia na equipe de saúde na atenção à saúde da criança nessa Unidade de Internação. Para que isso seja possível você apresentará a sua opinião através de uma entrevista que será gravada em um gravador digital. Este procedimento não prevê custos, desconfortos e/ou riscos, somente ocupará parte de seu tempo. Todos os dados coletados serão arquivados pela autora deste estudo, junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, e sua utilização só será permitida para a coleta de dados necessários para esta pesquisa. Através dos resultados obtidos, há a possibilidade da inserção do cirurgião-dentista ou de Profissionais da Odontologia na equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar e atenção integral e humanizada a criança e sua família. O Profissional da Saúde, participante da pesquisa, tem a garantia de que receberá respostas ou esclarecimentos a todas as suas dúvidas sobre assuntos relacionados com a pesquisa, através de contato com a aluna pesquisadora pelo telefone (48) 96279927 e da professora

orientadora pelo telefone (48) 99890926 e, terá a liberdade de retirar seu consentimento, deixando de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
_____ (função),
fui informado(a) e compreendi todos os procedimentos que serão realizados, e concordo em participar desse estudo, que será executado pela Mestranda Gianina Salton Mattevi sob orientação da Profa. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC, bem como com a utilização dos dados coletados, desde que haja garantia de anonimato, conforme normas do Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos desta Universidade. Autorizo a gravação da entrevista e estou ciente de que apenas as respostas de interesse para a pesquisa serão utilizadas e concordo que os dados obtidos nesta pesquisa, são de propriedade exclusiva do curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, através de seus pesquisadores, aos quais permito pelo direito de retenção, uso para fim de ensino, pesquisa e extensão, bem como, com a divulgação dos resultados em revistas e eventos científicos da área da saúde.

Florianópolis, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Profissional da Saúde

R.G.

Elaborado com base na Resolução 01/88 CNS, publicado no Diário Oficial, 14/06/1988, Brasília, p. 10713-8.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA MESTRADO DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pais ou Responsáveis Legais)

Prezado(a) Pai/Mãe/ou Responsável Legal, meu nome é Gianina Salton Mattevi e estou fazendo o trabalho: **“A PARTICIPAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO À CRIANÇA NO CONTEXTO HOSPITALAR: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS E EQUIPE DE SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA”**, com o objetivo de saber o que as pessoas que usam a Unidade de Internação Pediátrica do HU pensam sobre a presença do cirurgião-dentista ou Profissionais da Odontologia na equipe de saúde na atenção à saúde da criança nessa Unidade de Internação. Para que isso seja possível você apresentará sua opinião através de uma entrevista que será gravada em um gravador digital. Este procedimento não prevê custos, desconfortos e/ou riscos, somente ocupará parte do seu tempo. Todos os dados coletados serão arquivados pela autora deste estudo, junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, e sua utilização só será permitida para a coleta de dados necessários para esta pesquisa. Os responsáveis legais têm a garantia de que receberão respostas ou esclarecimento a todas as suas dúvidas sobre assuntos relacionados com a pesquisa, através de contato com a aluna pesquisadora pelo telefone (48) 96279927 e da professora orientadora pelo telefone (48) 99890926 e, terão a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
fui informado(a) e compreendi todos os procedimentos que serão realizados e concordo em participar do estudo, que será executado pela Mestranda Gianina Salton Mattevi sob orientação da Profa. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC, bem como com a utilização dos dados coletados, desde que haja garantia de anonimato, conforme normas do Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos desta Universidade. Autorizo a gravação da entrevista e estou ciente de que apenas as respostas de interesse para a pesquisa serão utilizadas e concordo que os dados obtidos nesta pesquisa, são de propriedade exclusiva do curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, através de seus pesquisadores, aos quais permito pelo direito de retenção, uso para fim de ensino, pesquisa e extensão, bem como, com a divulgação dos resultados em revistas e eventos científicos da área da saúde.

Florianópolis, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do pai/mãe/responsável

R.G.

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS RESPONSÁVEIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Data:	Nº da Entrevista:
Local:	Hora:

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ IDADE: _____

SEXO: () Masculino () Feminino

DATA NASCIMENTO: _____

CONTATO: _____

PROFISSÃO: _____

ESCOLARIDADE: _____

RENDA FAMILIAR: _____

COSTUMA ESCOVAR OS DENTES TODOS OS DIAS?

() SIM () NÃO

QUANTAS VEZES POR DIA ? _____

QUEM ENSINOU ? _____

QUEM ESCOVA OS DENTES DA CRIANÇA?

() MÃE () CRIANÇA SOZINHA

() CRIANÇA/MÃE SUPERVISIONA

() CRIANÇA/ MÃE COMPLEMENTA

OUTRO _____

Questões Norteadoras (Responsáveis)

1. Quais as atividades que os dentistas desenvolvem aqui no hospital?

2. Como você vê/percebe esse trabalho/atividade?

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA DA EQUIPE DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Data:	Nº da Entrevista:
Local:	Hora:

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ IDADE: _____

SEXO: () Masculino () Feminino

DATA NASCIMENTO: _____

PROFISSÃO: _____

Questões Norteadoras (Equipe de Saúde)

1. Quais as atividades que os alunos e professores da odontologia desenvolvem aqui no hospital?

2. Como você vê/percebe esse trabalho/atividade?

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS CRIANÇAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista das Crianças

Data:	Nº da Entrevista:
Local:	Hora:
Nº do Prontuário do HU	

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ IDADE: _____

SEXO: () Masculino () Feminino

DATA NASCIMENTO: _____

No. DE IRMÃOS: _____ SITUAÇÃO DA CRIANÇA: _____

COSTUMA ESCOVAR OS DENTES TODOS OS DIAS?

() SIM () NÃO

QUANTAS VEZES POR DIA? _____

QUEM ENSINOU? _____

QUEM ESCOVA OS SEUS DENTES?

() MÃE () CRIANÇA SOZINHA

() CRIANÇA/MÃE SUPERVISIONA

() CRIANÇA/ MÃE COMPLEMENTA

OUTRO _____

Questões Norteadoras (Crianças)

1. Quais as atividades que os dentistas desenvolvem aqui no hospital?

2. Como você percebe esse trabalho/atividades dos dentistas?

ANEXOS

ANEXO A – Projeto de Lei**PROJETO DE LEI N° , DE 2008
(Do Sr. Neilton Mulim)**

Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva.

Art. 2º Em todas unidades de terapia intensiva, bem como em clínicas ou hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados será obrigatória a presença de profissionais de odontologia para os cuidados da saúde bucal do paciente.

Parágrafo único. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) o profissional será um cirurgião-dentista, e nas demais unidades profissionais de odontologia com qualificação para atuar nessa área.

Art. 3º O descumprimento desta lei implicará nas penalidades legais aplicáveis pelos órgãos e entidades de controle social dessas atividades.

Art. 4º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Os pacientes internados em Unidades de Terapia intensiva (UTIs) devem receber - como o próprio nome sugere - cuidados especiais e constantes, não só para tratar o problema que o levou à internação, mas também para cuidar dos demais órgãos e sistemas que podem sofrer alguma deterioração prejudicial para sua recuperação e prognóstico. Nesses cuidados deve estar incluído o tratamento odontológico, com higiene bucal adequada, dada a inter-relação entre doenças bucais e sistêmicas. No entanto, é raro encontrar um cirurgião-dentista fazendo parte da equipe multiprofissional das UTIs.

Esse atendimento específico busca manter a higiene bucal e a saúde do sistema estomatognático do paciente durante sua internação, controlando o biofilme e prevenindo e tratando a cárie, a doença

periodontal, as infecções perimplantares, as estomatites e outros problemas bucais.

Acrescenta-se, ainda, que o atendimento odontológico do paciente crítico também contribui na prevenção de infecções hospitalares, principalmente as respiratórias, entre elas a pneumonia nosocomial, ou hospitalar, uma das principais infecções em pacientes de UTI favorecidas por microrganismos que proliferam na orofaringe. Sua ocorrência é preocupante, pois é bastante comum entre esse grupo de pacientes, provocando um número significativo de óbitos, prolongando a internação do paciente e exigindo mais medicamentos e cuidados, conforme demonstrado no livro *Cardiologia e Odontologia – Uma Visão Integrada* (Editora Santos).

Considerando, também, que a grande maioria dos pacientes de UTI não tem como se queixar de seu estado e de seus incômodos, os profissionais responsáveis por cuidarem da manutenção de suas vidas e saúde devem estar presentes na equipe multiprofissional, que deve ser a mais completa possível. Com isso, requeremos a presença dos cirurgiões-dentistas, pois o fato de não haver cuidados bucais provoca desdobramentos que vão além da boca e além até da saúde integral do paciente. Dificuldades na melhora do quadro clínico do paciente e o prolongamento da sua estada na UTI geram uma diminuição no número de vagas disponíveis e aumentam os gastos hospitalares.

O atendimento odontológico desses pacientes, por outro lado, tem custo bastante baixo, é mais saudável e preventivo e ainda promove o conforto e bem estar deles, conforme assegura a cirurgiã-dentista, Teresa Márcia Nascimento de Moraes - *Mestre em clínica Odontológica Integrada pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo* - que há cinco anos assiste os pacientes da UTI da Santa Casa de Misericórdia de Barretos/São Paulo, e tem vários artigos publicados comprovando a redução significativa desses custos, bem como das altas taxas de pneumonia encontradas nos pacientes críticos.

Para conhecimento de mais detalhes sobre o assunto, recomendo a análise do conteúdo de meu discurso sobre o tema, que estarei proferindo hoje, 14 de fevereiro de 2008, o qual estará registrado nos anais desta Casa.

Há mais de cento e cinquenta anos, a higiene das mãos é a mais importante medida para o controle da infecção hospitalar. Mas, até o momento, outra fonte de infecção tão importante como a boca vem sendo esquecida. Deve-se, portanto, considerá-la um ambiente propício para o crescimento microbiano, principalmente nos pacientes que

necessitam de ventilação mecânica, impedidos de fecharem a boca e em contato maior com o meio ambiente.

Pelo acima exposto, temos a certeza que os nobres Pares irão aperfeiçoar este projeto e, ao final, aprová-lo no sentido de darmos uma saúde de qualidade integral para a nossa sociedade e garantirmos ao nosso próximo o cuidado que gostaríamos que fosse dispensado a nós mesmos se estivéssemos em uma UTI.

Sala das Sessões, em de de 2008.

DEPUTADO NEILTON MULIM
PR- RJ

<http://www.camara.gov.br>.

ANEXO B – Texto selecionado da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia – Resolução CFO 63/2005

CAPÍTULO II - Atividades Privativas do Cirurgião-Dentista

Art. 4º. O exercício das atividades profissionais privativas do cirurgião-dentista só é permitido com a observância do disposto nas Leis 4.324, de 14/04/64 e 5.081, de 24/08/66, no Decreto n.º 68.704, de 03/06/71; e, demais normas expedidas pelo Conselho Federal de Odontologia.

§ 1º. Compete ao cirurgião-dentista:

I – praticar todos os atos pertinentes à odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em curso de pós-graduação;

II – prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em odontologia;

III – atestar no setor de sua atividade, profissional estados mórbidos, e outros, inclusive para justificação de faltas de emprego;

IV – proceder a perícia odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;

V – aplicar anestesia local e troncular;

VI – empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituem meios eficazes para o tratamento;

VII – manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese, aparelhagem e instalação adequadas para pesquisas e análises clínicas, relacionadas com os casos específicos de sua especialidade, bem como aparelhos de Raios X, para diagnóstico, e aparelhagem de fisioterapia;

VIII – prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente;

IX – utilizar, no exercício da função de perito-odontológico, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça.

§ 2º. O cirurgião-dentista poderá operar pacientes submetidos a qualquer um dos meios de anestesia geral, desde que sejam atendidas as exigências cautelares recomendadas para o seu emprego.

§ 3º. O cirurgião-dentista somente poderá executar trabalhos profissionais em pacientes sob anestesia geral quando a mesma for executada por profissional médico especialista e em ambiente hospitalar

que disponha das indispensáveis condições comuns a ambientes cirúrgicos.

§ 4º. Os direitos e os deveres do cirurgião-dentista, bem como o que lhe é vedado encontram-se explicitados no Código de Ética Odontológica.

§ 5º. É permitido o anúncio e a publicidade, respeitadas as disposições do Código de Ética Odontológica.

§ 6º. O cirurgião-dentista deverá exigir o número de inscrição no Conselho Regional ao técnico em próteses dentária nos documentos que lhe forem apresentados, sob pena de instauração de processo ético.

§ 7º. Responderá eticamente, perante o Conselho Regional, o cirurgião-dentista que, tendo técnico em saúde bucal e/ou auxiliar em saúde bucal sob sua supervisão, permitir que os mesmos, sob qualquer forma, extrapolem suas funções específicas.

§ 8º. O cirurgião-dentista é obrigado a manter informado o respectivo Conselho Regional quanto à existência, em seu consultório particular ou em clínica sob sua responsabilidade, de profissional auxiliar.

§ 9º. Da informação a que se refere o parágrafo anterior, deverão constar o nome do auxiliar, a data de sua admissão, sua profissão e o número de sua inscrição no Conselho Regional.

§ 10º. Será denominado de clínico geral o cirurgião-dentista que, não possuindo título de especialista, exerce atividades pertinentes à odontologia de correntes de conhecimento adquirido em curso de graduação.

ANEXO C – Texto selecionado do Código de Ética Odontológica

O Código de Ética Odontológica (2006) (APROVADO PELA RESOLUÇÃO CFO-42, DE 20 DE MAIO DE 2003) Texto do capítulo XIV alterado através da Resolução CFO-71, de 06 de junho de 2006, aprovada na CCIX Reunião Ordinária, de 25 de maio de 2006.

Capítulo II

Dos Direitos Fundamentais

Artigo 3º. constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo as suas atribuições específicas:

I – Diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da ciência e a sua dignidade profissional;

II – resguardar o segredo profissional;

III – contratar serviços profissionais de acordo com os preceitos deste Código;

IV – recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres;

V – direito de renunciar ao atendimento do paciente, durante o tratamento, quando da constatação de fatos que, a critério do profissional, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional. Nestes casos o profissional tem o dever de comunicar previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade do tratamento e fornecendo todas as informações necessárias ao cirurgião-dentista que lhe suceder;

VI – recusar qualquer disposição estatutária ou regimental de instituição pública ou privada que limite a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício ou à livre escolha do paciente.

Capítulo III dos deveres fundamentais

Art. 4º. A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao cirurgião-dentista e demais inscritos comunicar ao CRO, com discricção e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e caracterizem possível infringência do presente Código e das normas que regulam o exercício da Odontologia.

Art. 5º. Constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia:

I – zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

II – assegurar as condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Odontologia, quando investido em função de direção ou responsável técnico;

III – exercer a profissão mantendo comportamento digno;

IV – manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional;

V – zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;

VI – guardar segredo profissional;

VII – promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado;

VIII – elaborar e manter atualizados os prontuários de pacientes, conservando-os em arquivo próprio;

IX – apontar falhas nos regulamentos e nas normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas para o exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes;

X – propugnar pela harmonia na classe;

XI – abster-se da prática de atos que impliquem mercantilização da Odontologia ou sua má conceituação;

XII – assumir responsabilidade pelos atos praticados;

XIII – resguardar sempre a privacidade do paciente;

XIV – não manter vínculo com entidade, empresas ou outros desígnios que os caracterizem como empregado, credenciado ou cooperado quando as mesmas se encontrarem em situação ilegal, irregular ou inidônea;

XV – comunicar aos Conselhos Regionais sobre atividades que caracterizem o exercício ilegal da odontologia e que sejam de seu conhecimento;

XVI – garantir ao paciente ou seu responsável legal, acesso a seu prontuário, sempre que for expressamente solicitado, podendo conceder cópia do documento, mediante recibo de entrega;

XVII – registrar, os procedimentos técnico-laboratoriais efetuados, mantendo-os em arquivo próprio, quando técnico em prótese dentária.

Capítulo IX Da Odontologia Hospitalar

Art. 18. Compete ao cirurgião-dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições;

Art. 19. As atividades odontológicas exercidas em hospital obedecerão às normas do Conselho Federal de Odontologia que são regidas pela Lei;

Art. 20. Constitui infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da odontologia.

ANEXO D – Texto selecionado do caderno Política Nacional de Atenção Básica (2007)

São Atribuições Específicas

Do Cirurgião-Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com o planejamento local, com resolubilidade;

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

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - 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;

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII – realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX – participar do gerenciamento dos insumos necessários para adequado funcionamento da USF.

ANEXO E – Texto selecionado das Diretrizes Curriculares Nacionais

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 4 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimento da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo a sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tenha por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de

prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e,

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os

futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II - Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III - Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV - Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - Exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

VI - Conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

VII - Desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;

VIII-Identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças edistúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;

IX - Cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;

X - Promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;

XI - Comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;

- XII - Obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- XIII - Aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- XIV - Analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
- XV - Organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;
- XVI - Aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
- XVII - Participar em educação continuada relativa à saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;
- XVIII - Participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- XIX - Buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- XX - Manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- XXI - Estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
- XXII - Reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;
- XXIII - Colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
- XXIV - Identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
- XXV - Propor e executar planos de tratamento adequados;
- XXVI - Realizar a preservação da saúde bucal;
- XXVII - Comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;
- XXVIII - Trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
- XXIX - Planejar e administrar serviços de saúde comunitária;

XXX - Acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

ANEXO F – Declaração de ciência e concordância da instituição



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					FR - 240709
Projeto de Pesquisa A PARTICIPAÇÃO DA ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL. PROFESSOR DR. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.02 - Odontologia - Preve.				Grupo Grupo III	Nível Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(e)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Saúde Bucal Coletiva; Unidade Hospitalar de Odontologia; Promoção da Saúde					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 50	Total Brasil 50	Nº de Sujeitos Total 50	Grupos Especiais Criança e ou menores de 18 anos.		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Inês Beatriz da Silva Rath			CPF 217.200.370-00	Identidade 6089450	
Área de Especialização ODONTOPIEDIATRIA			Maior Titulação DOUTORADO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA JOÃO PIO DUARTE, SAILVA, NO 682, BLOCO A2, AP 203			Bairro CORREGO GRANDE	Cidade FLORIANÓPOLIS - SC	
Código Postal 88037-000	Telefone 048-3721-9532 / 048 3284-8390	Fax 048-3721-9542	Email ibrath@gmail.com		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. <i>Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.</i>					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 23/02/2009			Assinatura		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC		CNPJ 83.899.526/0001-82	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Universidade Federal de Santa Catarina/ CCS		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima		Bairro Trindade	Cidade Florianópolis - SC		
Código Postal 88040-900	Telefone 48 3319206	Fax 48 3319569	Email cep@reitoria.ufsc.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <i>Marina Elton Lima</i>			Assinatura		
Data: 09/02/2009			Prof. Marina Elton Lima - CEP/UFSC		

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 29/01/2009. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

[Voltar](#)

IMPRIMIR

ANEXO G – Certificado de aprovação pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos – UFSC

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos	CERTIFICADO	Nº 013
<p>O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP</p>			
PROCESSO: 020/09 FR- 240632		APROVADO	
TÍTULO: A participação da odontologia no contexto de atenção à saúde da criança hospitalizada: um estudo de caso no Hospital Professor Dr. Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina.			
AUTOR: Inês Beatriz da Silva Rath e Gianina Salton Mattevi.			
DPTO.: CCS/UFSC			
FLORIANÓPOLIS, 16 de fevereiro de 2009.			
 Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza			