

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

**Caracterização do processo de trabalho do cirurgião-
dentista na estratégia de saúde da família do município de
Parnamirim-RN**

Rossana Mota Costa

Natal-RN
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ROSSANA MOTA COSTA

**Caracterização do processo de trabalho do cirurgião-
dentista na estratégia de saúde da família do município de
Parnamirim-RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRN como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de Concentração em Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora: Prof^ª Dra. Isaremi Vieira de Assunção Pinheiro
Co-Orientador: Prof. Dr. Antonio Medeiros Júnior

Natal-RN
2009

ROSSANA MOTA COSTA

**Caracterização do processo de trabalho do cirurgião-
dentista na estratégia de saúde da família do município de
Parnamirim-RN**

Comissão Examinadora:

PROFESSORA Dra. Isaremi Vieira de Assunção Pinheiro (Orientadora - UFRN)

PROFESSORA Dra. Antonia Oliveira Silva (Membro titular-UFPB)

PROFESSORA Dra. Íris do Céu Clara Costa (Membro titular-UFRN)

NATAL- RN
2009

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A *Deus*, a quem devo toda honra, glória e louvor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. **Isauremi Vieira de Assunção Pinheiro**, pela compreensão no momento certo, pelas dicas importantes, pela confiança, críticas construtivas e pela disponibilidade, que então me permitiram chegar ao final desta jornada.

Ao meu Co-Orientador Prof. **Antonio Medeiros Júnior** sempre solícito em ajudar e enriquecer este trabalho com suas considerações e observações pertinentes e relevantes.

A Prof^a. **Íris do Céu Clara Costa** pelas sábias considerações e oportunas observações ao longo desta jornada, sempre de forma objetiva e sincera.

A Prof^a. **Maria Ângela Ferreira Fernandes** pelas dicas importantes, gentileza e presteza em atender-me nos momentos de dúvidas e incertezas.

À Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Odontologia, na pessoa de Prof. **Ângelo Giuseppe Roncalli**.

À Prof^a. **Alice Fuscella** pela participação e relevante contribuição no momento da Qualificação.

Aos demais professores da Preventiva, **Kênio Costa, Elizabeth Sousa, Socorro Feitosa**, meu reconhecimento e agradecimento.

À Biblioteca do Curso de Odontologia, em especial à **Cecília Santos e Mônica Karina**, pelas contribuições importantes na finalização desta dissertação.

À Secretaria de Saúde de Parnamirim, na pessoa de **Elizabeth Carrasco**, pela confiança e oportunidade.

À Coordenadora de Saúde Bucal de Parnamirim, **Aldenora Cardoso de Andrade**, pela compreensão e por acreditar na realização deste trabalho.

A todos os **Cirurgiões-Dentistas da Estratégia de Saúde da Família de Parnamirim** pela disponibilidade e presteza em participar deste trabalho possibilitando a sua realização.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, **Sandra Abrantes** que sempre me atendeu de forma carinhosa e atenciosa.

Às colegas de turma **Geórgia, Aldinha, Adriana, Líbia, Stela e Marina**, um abraço especial e sinceros votos de sucesso mais que merecidos.

E por fim, **à minha família** pela confiança e compreensão nos momentos de ausência, isolamento e dedicação ao estudo. Dedico a vocês esta realização.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada no ano de 1994 surge para desempenhar um papel estratégico na construção e consolidação do SUS. Reafirma seus Princípios e Diretrizes e elege a família como núcleo central da Atenção. O princípio que norteia o trabalho diz respeito à qualidade da relação entre o profissional e a família. Desta forma, a ESF tem a família como sujeito do processo saúde-doença, com características e relações próprias e que podem ser parceiras na construção de sua saúde e na melhoria da qualidade de vida de seus membros e de toda a comunidade. Este estudo tem por objetivo caracterizar o processo de trabalho do cirurgião-dentista (CD) na estratégia de saúde da família, a partir do conhecimento da integração do CD com os demais membros da equipe; organização do serviço; desenvolvimento das ações; mudanças percebidas pelos CDs, bem como pretende conhecer o perfil do cirurgião-dentista que faz parte desta estratégia. O Instrumento de coleta utilizado foi um questionário semi-estruturado, onde participaram 30 profissionais. Com relação ao perfil, a maioria dos profissionais é do sexo feminino, concluiu a graduação em universidade pública e não possuem qualquer capacitação para o trabalho ao ingressarem na ESF. Quase que a totalidade possui outros vínculos de trabalho quer público ou privado. Realizam atividades com escolares com grande frequência, e ocasionalmente fazem visitas domiciliares. Com relação ao trabalho em equipe, em atividades como visitas domiciliares, saúde escolar, atividades na comunidade, entre outras, eles buscam ocasionalmente a cooperação dos demais membros. A forma de acesso dos usuários em sua maior parte, se dá através do agendamento. Os encaminhamentos mais frequentemente feitos ao Centro Especialidades Odontológicas (CEO), são em Endodontia e Prótese. A maioria participa das reuniões em equipe, porém estas não têm periodicidade definida para acontecer. Quanto ao planejamento e programação das atividades a serem realizadas, a maior parte afirmou que as elabora individualmente. No tocante ao desempenho de suas funções, a maioria relatou estar satisfeita, porém que melhorias poderiam acontecer. Relataram também melhorias na assistência odontológica após a inclusão do CD na ESF em vários aspectos como: acesso, organização, humanização, assistência e prevenção de doenças bucais. Os profissionais apresentaram baixa integração com os demais membros da equipe, possuem um perfil de trabalho mais individualista, fato apreendido pela forma de desenvolvimento e planejamento das ações. Trabalham mais as ações de natureza curativas e individuais, em detrimento das ações de promoção e coletivas. Trabalham a humanização, delimitação de território e com população adstrita. Desta forma, cabe concluir que o processo de trabalho desenvolvido pelos CDs, contempla em parte o que é preconizado pela ESF, o que sinaliza para um maior acompanhamento desse processo, buscando modificar as fragilidades encontradas, com a finalidade de atingir todo o potencial que a ESF representa na reorganização da atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família. Saúde Bucal. Trabalho.

ABSTRACT

Family Health Strategy (FHS), founded in 1994 has appeared to play a strategic role in the SUS construction and consolidation. It has reaffirmed its Principles and Guidelines and has elected family as core of attention. The principle that has guided the work concerns the quality of the relationship between professional and family. Thus, the FHS has the family as a subject of health-disease process, and relations with its own characteristics and can be partners in building their health and improvement of quality of life of its members and the entire community. This study aims to characterize the surgeon-dentist (SD) working process in the family health strategy, from the knowledge of the SD integration with other team members; organization of services; development of shares, changes perceived by SDs, as well as knowing the surgeon-dentist profile who is part of this strategy. The collecting tool used was a semi-structured questionnaire, in which participated 30 professionals. As for profile, most professionals were women, completed the graduation in public university and did not have any training to work by joining the FHS. Almost all have other public or private working ties. They often carry out activities with students, and occasionally do home visits. In relation to team work, in activities such as home visits, school health, community activities, among others, they sometimes seek the cooperation of other members. The way of accessing for users in the most part has occurred through the schedule. The most frequently activities made to the *Centro Especialidades Odontológicas (CEO)*, are in *Endodontics* and *Prosthesis*. The majority of them participate in team meetings, but they do not have frequency set to happen. As for the planning and programming of activities to be conducted, most said that individually develops them. Concerning the performance of their duties, most reported being satisfied, but that improvements could happen. Besides, they reported improvements in dental care following the inclusion of SD in the FHS in various aspects, such as access, organization, humanization, care and oral disease prevention. The professionals had poor integration with other team members, in addition to have a profile to more individualistic work, a fact seized by way of development and planning of actions. They work the actions in individual and curative way, in detriment promotion and collective ones. They work humanization, definition of territory and adscript population. Thus, it is concluded that the working process developed by SDs, includes the part which is advocated by FHS. This points out to a greater undertaking of this process aiming to detect the weakness met in order to reach the potential that the FHS represents in organization of basic attention.

KEY-WORDS: Family Health Program. Oral Health. Working

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Desenho da rede de saúde do município de Parnamirim-RN, 2008.	33
Figura 2. Distribuição segundo o sexo dos cirurgiões-dentistas da ESF. Parnamirim/RN, 2008.	39
Figura 3. Distribuição segundo nível de pós-graduação dos CDs. Parnamirim/RN, 2008.	39
Figura 4. Respostas dos CDs quanto a possuírem pós-graduação em PSF ou área afim. Parnamirim/RN, 2008.	40
Figura 5. Distribuição dos setores onde os CDs desenvolvem atividades profissionais além das exercidas na ESF. Parnamirim/RN, 2008.	41
Figura 6. Distribuição segundo tipo de comunidade atendida pelos CDs. Parnamirim/RN, 2008.	43
Figura 7. Citações dos CDs relativas às atividades desenvolvidas na ESF. Parnamirim/RN, 2008.	44
Figura 8. Respostas dos CDs sobre a realização de atividades realizadas fora da USF. Parnamirim/RN, 2008.	44
Figura 9. Frequência em percentual das respostas dadas pelos Cirurgiões-Dentistas quanto a buscar a colaboração de outros membros da equipe. Parnamirim/RN, 2008.	46
Figura 10. Frequência em percentual das respostas dadas pelos Cirurgiões-Dentistas quanto aos demais membros da equipe buscarem sua colaboração. Parnamirim/RN, 2008.	47
Figura 11. Percentual das citações dos CDs relativas as atividades desenvolvidas pelos CDs em parceria com os demais profissionais. Parnamirim/RN, 2008.	48
Figura 12. Percentual das citações dos CDs relativas às atividades desenvolvidas por eles com grupos etários no consultório. Parnamirim/RN, 2008.	49
Figura 13. Percentual das citações dos CDs relativas aos encaminhamentos de pacientes ao CEOP. Parnamirim/RN, 2008.	50
Figura 14. Percentual das citações dos CDs relativas à forma de planejamento das atividades. Parnamirim, 2008.	52
Figura 15. Frequência em percentual das respostas dos CDs relativas ao desenvolvimento de atividades além da saúde oral. Parnamirim, 2008.	53
Figura 16. Frequência em percentual das respostas dos CDs relativas a sua participação nas atividades além da saúde oral. Parnamirim, 2008.	53
Figura 17. Distribuição das citações dos CDs relativas à forma como as ações são escolhidas para serem trabalhadas na equipe. Parnamirim, 2008.	54
Figura 18. Respostas dos CDs quanto a forma de acesso dos usuários a assistência odontológica. Parnamirim-RN, 2008.	54
Figura 19. Distribuição das citações dos CDs relativas à frequência de agendamento disponibilizada na USF. Parnamirim, 2008.	55
Figura 20. Respostas dos CDs relativas ao seu conhecimento sobre os fatores de risco e problemas de saúde de sua área de atuação. Parnamirim, 2008.	56
Figura 21. Distribuição das citações dos CDs relativas ao grau de satisfação com relação a suas funções. Parnamirim, 2008.	57

Figura 22. Distribuição das citações dos CDs relativas ao grau de satisfação com relação à ESF como um todo. Parnamirim, 2008. _____58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação da unidades de saúde da família com o respectivo número de ESF/ESB implantadas. Parnamirim/RN, 2008. _____ 35

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD- Auxiliar de Consultório Dentário

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CD- Cirurgião-Dentista

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CEOP- Centro de Especialidades Odontológicas de Parnamirim

CCPAR- Centro Clínico de Parnamirim

DST- Doença Sexualmente Transmissível

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FNDE- Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEMA- Instituto de Desenvolvimento Econômico e Meio Ambiente

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PNE- Portador de Necessidade Especial

PSE- Programa Saúde na Escola

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SPE- Saúde e prevenção na escola

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THD- Técnico de Higiene Dental

UAB- Universidade Aberta no Brasil

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte

USF- Unidade de Saúde da família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	A Estratégia de Saúde da Família como campos de práticas	13
1.2	A inclusão do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família	19
1.3	O Brasil Sorridente	21
1.4	O Programa Saúde na Escola	23
1.5	O processo de trabalho em saúde e sua dimensão cuidadora	24
2	OBJETIVOS	29
2.3	Justificativa	29
3	PERCURSO METODOLÓGICO	32
3.1	Natureza da pesquisa	32
3.2	Espaço do estudo	32
3.2.1	O município	32
3.2.2	Unidades de saúde da família	35
3.3	Critérios de inclusão/exclusão	36
3.4	Sujeitos do estudo	36
3.4.1	Considerações éticas	36
3.5	Pré-Teste	36
3.6	Coleta de dados	37
3.7	Análise dos dados	37
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1	Os sujeitos	39
4.1.1	Caracterização sócio-demográfica dos cirurgiões-dentistas/formação profissional	39
4.2	Atividades realizadas na estratégia de saúde da família	43
4.3	Articulação do trabalho do cirurgião-dentista com os demais membros da equipe	46
4.4	Atendimento aos diversos grupos existentes na USF	49
4.5	Organização do processo de trabalho	50
4.6	Conhecimento do perfil epidemiológico da população	56
4.7	Percepção do cirurgião-dentista com relação ao desenvolvimento de suas funções e a ESF/Grau de satisfação	57
5	CONCLUSÕES	60
	REFERÊNCIAS	62
	ANEXOS	68

... Saiba que não tem tanto valor aquilo que vem de graça
Quanto o que é conquistado com muito esforço e grande sacrifício
Porque quem vive a ganhar, não tem oportunidade de contemplar
Um caminho que ele mesmo não percorreu.
Aquele, porém, que se esforçou por conseguir
Relembrará em cada pedaço do caminho um tempo de luta
E um sabor de conquista.
J.S.Nobre

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada no ano de 1994 surge para desempenhar um papel estratégico na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Reafirma seus Princípios e Diretrizes e elege a família como núcleo central da Atenção, agregando os princípios da Responsabilidade Social, Interdisciplinaridade, Intersetorialidade e da Vigilância em Saúde, bem como persegue o propósito de resolver ainda na atenção básica, grande parte dos problemas de saúde mais prevalentes da população.

Concebida inicialmente como Programa dentro da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), no decorrer de sua implantação e de sua expansão em todo território nacional, passou a Estratégia, embora a denominação PSF persista⁴⁸.

A ESF tem a família como foco principal no processo saúde-doença, com características e relações próprias e que podem ser parceiras na construção da saúde e na melhoria da qualidade de vida de seus membros e de toda comunidade. Isto exige dos profissionais, capacidade e desprendimento para conhecer e analisar todo este processo, bem como compartilhar conhecimentos e informações, que permitam o desenvolvimento do trabalho em equipe.

A equipe de saúde da família deve atuar através da interação entre os diversos profissionais que a compõe, no sentido de complementaridade de saberes, compartilhamento de resultados, identificando os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade. Deverá também, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, no sentido de desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica⁹. Além disso, a ESF deve constituir-se como porta de entrada da população ao serviço de saúde na atenção básica, e deve através de suas equipes tornar-se responsável por sua população adstrita de forma integral e resolutiva e instituir práticas que rompam com o modelo de atenção centrado no médico e na assistência hospitalar.

Por sua vez, compreender a família de forma integral, dar resolutividade as suas necessidades, identificar a sua relação com a comunidade e o ambiente em que está inserida, são características que fazem parte do universo de trabalho de cirurgião-dentista a partir de sua inclusão na ESF.

É importante ressaltar que a saúde bucal vem assumindo uma posição de destaque nos últimos anos, principalmente após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, que será detalhada posteriormente, através de incentivos dados pelo Ministério da Saúde para as equipes de saúde da família, e a oferta de serviços especializados nunca antes ofertados no serviço público, proporcionando a ampliação do acesso da população à assistência odontológica, o que leva a real possibilidade de mudança no quadro epidemiológico de saúde bucal do brasileiro.

Desta forma, entendendo a saúde bucal como parte integrante deste processo de mudanças de práticas, da valorização do usuário e este sendo visto inserido em um contexto social e familiar, da necessidade de articulação entre os profissionais que fazem parte desta estratégia, do planejamento e organização de ações que contemplem a real necessidade do usuário, vislumbra-se então a possibilidade de rompimento com o modelo assistencial vigente em saúde bucal que se baseia no curativismo e tecnicismo para dar lugar uma nova odontologia articulada com as propostas da vigilância à saúde.

Neste sentido, existem alguns elementos que são considerados essenciais para o desenvolvimento do processo de trabalho na ESF, dentre eles destacam-se: equipe multiprofissional, que deve atuar de fato de forma integrada; a relação equipe-família, desenvolvida a partir do respeito mútuo, da responsabilidade; a integralidade das ações, onde o usuário é visto como um todo e não de forma segmentada; a organização das ações com base no planejamento coletivo e participativo, e a utilização de novas ferramentas no momento da realização do cuidado, que dá ao profissional um arsenal de habilidades e recursos que devem ser utilizados por ele de forma sistemática para melhoria da qualidade do serviço prestado.

Nada garante, porém, que haverá mudanças no modelo assistencial vigente com a implantação da ESF nos municípios, caso os profissionais não mudem a forma de produzir o cuidado, que é o momento em que dentro da sua micropolítica de trabalho, ele abre espaço para o novo, para a sua capacidade criativa, enxergando o usuário como um ser único e, portanto não cabendo colocá-lo dentro de normas que aprisionam todo o desenvolvimento deste processo.

Partindo deste princípio, vê-se a grande responsabilidade do profissional e que apesar de toda característica normativa presente na ESF, os resultados deste trabalho, estão condicionados de forma definitiva à conduta profissional de cada integrante desta estratégia.

Estes são desafios propostos a todos os que fazem parte desta estratégia, devendo então cada profissional assumir este papel transformador das práticas de saúde vigentes, em

novas práticas que privilegiem o cuidado e a humanização, através de uma visão ampliada do processo saúde-doença.

Este estudo, portanto se propôs identificar o processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido na ESF, bem como traçar o seu perfil enquanto membro de uma equipe multidisciplinar no sentido de poder contribuir, se necessário, para a reorientação de suas práticas, buscando a melhoria da qualidade do serviço.

1.1 A Estratégia de Saúde da Família como campo de práticas

A família assume um papel fundamental para o entendimento e desenvolvimento do processo de trabalho da ESF, uma vez que a abordagem familiar fortalecerá a atuação da equipe multiprofissional através de uma atuação mais integral e mais humana.

Moysés e Silveira Filho (2002)³⁷ constataram nos discursos sobre esta nova prática em políticas sociais que elegem a família como foco central, que estes não deixam claro a forma como se (des)constitui a família nas sociedades atuais ou pelo menos definem o que significaria o termo família.

Família remete a idéia de um grupo de co-residentes, ou seja, um grupo doméstico, cujo parentesco pode advir de consangüinidade, aliança ou adoção. O conceito de família é algo velho e paradoxalmente, muito novo. O velho, no conceito, é o reconhecimento que a família é uma encruzilhada onde intersectam o desenvolvimento individual, o comportamento grupal e a estrutura e/ou funcionamento da sociedade. O que é novo, é que família não é mais o foco de apenas uma disciplina dentro das ciências sociais.

Torna-se imprescindível que antes de qualquer proposta de trabalho com as famílias, o profissional procure ampliar seu vínculo, numa atitude de associação com aquela família, conhecendo cada um dos membros, respeitando a organização familiar, a forma como cada membro percebe uma situação problema e adaptando-se à forma de comunicação daquela família^{21, 36}.

Silveira Filho (2008)⁵² reitera que toda família tem suas crenças, preconceitos e ansiedades e a cada um de seus membros são atribuídos papéis que determinam o modo como a família opera. O que um membro faz ou sofre, influencia ou desencadeia reações nos demais. Desta forma, quando se trabalha com qualquer um dos membros familiares, pode-se conseguir mudanças tanto positivas quanto negativas dentro do núcleo familiar e, por conseguinte repercutindo dentro da própria comunidade.

Os resultados desta integração entre profissional e família serão observados no dia-a-dia das equipes e no resultado de ações que possam ser realizadas. A partir deste elo criado, os usuários serão muito mais receptivos, a compreensão da vida, do trabalho, dos relacionamentos, do ambiente que o circunda, do processo de adoecimento, tornará mais fácil o diagnóstico e tratamento das doenças, principalmente no que se refere à cárie dental, que tem como um dos determinantes a inserção social do indivíduo. Como resultado desta integração, a relação profissional/paciente e profissional/profissional fluirá com mais facilidade e confiança, baseada na solidariedade, cidadania e humanização.

No conjunto dos serviços de saúde ofertados no SUS, emerge o trabalho, ou o que se quer do processo de trabalho das equipes de saúde da família, reafirmando o princípio da Integralidade que deve ser vista como eixo condutor das ações na atenção básica, no sentido do profissional enxergar o usuário, no momento da realização do cuidado, como um ser integral e não como um amontoado de partes e buscar a resolutividade de seus problemas em todos os níveis de atenção¹.

Frequentemente o termo designado para referir-se ao trabalho em equipe desenvolvido na ESF é a multidisciplinaridade, porém este não é o termo mais adequado, uma vez que no trabalho multidisciplinar as relações interprofissionais acontecem sem que se estabeleçam efetivas trocas no campo técnico ou científico, pois cada um trabalha de maneira isolada, limitando-se a fazer circular entre si, o mínimo de informações, como por exemplo, o encaminhamento de pacientes⁴.

De acordo com Souza (2005)⁵⁴, a saúde é um objeto complexo, que necessita de uma abordagem que supere a organização do trabalho baseada em disciplinas autônomas ou estanques. Portanto o ideal seria um trabalho desenvolvido através da integração das disciplinas e estas operando de forma compartilhada, ou seja, por via transdisciplinar. A transdisciplinaridade por sua vez, baseia-se em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados e sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência a horizontalização das relações.

O que tem prevalecido no interior das equipes é o recorte multidisciplinar, caracterizado basicamente pela justaposição de disciplinas, abordando um mesmo objeto a partir de diferentes pontos de vista, que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento das ações, com a preservação dos campos de domínios e o status de cada corporação profissional que compõe as equipes de saúde da família¹.

O trabalho em equipe é destacado no conjunto das características da ESF, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva⁸.

É também um trabalho compartilhado, onde se deve discutir e refletir as diferentes necessidades técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomada de decisões quanto a assistência ou cuidados a se prestar⁷.

Segundo Ribeiro e colaboradores (2004)⁴⁶, autores ligados à saúde coletiva, têm possibilitado o diálogo que vem sendo desenvolvido na ESF, entre a teorização sobre processo de trabalho e a realidade do trabalho, permitindo uma reflexão e um paralelo do processo de trabalho desejado e o que de fato é realizado pelos profissionais no espaço de suas micropolíticas.

Para Cotta e Colaboradores (2006)²⁰, é crescente o consenso entre gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Destaca-se aí, a formação e educação dos profissionais para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na saúde da família, importante desafio para o êxito da estratégia saúde da família como modelo sanitário a ser seguido.

Estudos que abordam a ESF e os profissionais nela inseridos, realizados em vários municípios brasileiros com base na realidade cotidiana das equipes, apontam essa prática como possuidora de um potencial positivo de mudança, outros, porém, mostram que ainda existem grandes limitações a serem vencidas e um longo caminho a ser percorrido, para que mudanças efetivas possam acontecer. Porém, a maioria concorda que os profissionais devem ter uma visão compartilhada com os demais membros da equipe sobre os usuários e estes devem ser vistos como sujeitos e inseridos em uma determinada realidade social, econômica e sanitária conhecida por toda a equipe de saúde.

Observam-se também distintas realidades a partir da implantação desta estratégia que teoricamente possui uma única normatização, porém dependendo da realidade em que for implantado, do perfil dos profissionais inseridos, da conduta política do município, e da forma como ele é operacionalizado, poderá adquirir diferentes aspectos e múltiplos resultados.

Sousa (2001)⁵³, também aponta para inúmeros impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação da ESF, dentre eles: alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes, melhoria da vigilância à saúde da população, utilização adequada dos serviços de maior complexidade com redução das internações hospitalares desnecessárias, maior qualidade e cuidado com a atenção prestada.

Segundo Pedrosa e Teles (2001)⁴³ estudos recentes sobre o trabalho em equipe na ESF revelaram a ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais. Apesar do discurso igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais, nível superior e médio, médico e enfermeiro¹⁷.

Bertoncini (2000)¹⁶ relata por meio de pesquisa efetuada com profissionais das equipes de saúde da família em Blumenau – SC, mudanças e possibilidades de ocorrer um diferencial entre as práticas anteriores e aquelas decorrentes da proposta da ESF. As equipes citam como mudanças em seu trabalho, o fato de atuarem de forma comprometida, baseada no vínculo e co-responsabilidade, contarem com maior adesão da população e desenvolverem um trabalho diferenciado dos outros serviços.

Fertomani (2003)²⁵, estudando o trabalho de equipes da ESF de Maringá-PR, encontrou que o modelo é centrado no médico e no atendimento curativo, que o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população.

Vilarinho (2007)⁵⁶ em seu estudo com CDs integrantes da ESF em Teresina - PI, diz que a existência de grande demanda reprimida, necessidades acumuladas, entre outros, impede que o modelo tradicional de atendimento seja substituído totalmente por aquele centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, já que os procedimentos curativos continuam sendo predominantes.

Cotta e Colaboradores (2006)²⁰ em pesquisa realizada no município de Teixeiras-MG, dizem que há uma transformação progressiva de cenário após a implantação da ESF, os resultados encontrados corroboram pesquisas anteriores quanto à constatação das mudanças ocorridas ao longo da última década e sua importância a ser considerada, quando da definição de políticas relacionadas ao trabalho, educação e as finanças públicas. Os atuais problemas dos profissionais e gestores sanitários e seus novos desafios a enfrentar, confirmam a necessidade da formação de trabalhadores com níveis mais elevados de educação geral e qualificação profissional e, portanto, mais capacitados a atuar em saúde coletiva e comunitária.

Araújo (2006)⁶ em investigação sobre a atuação de CDs inseridos na ESF de municípios do Rio Grande do Norte, encontrou que os profissionais têm perfil voltado para a clínica, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica, onde se vê a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas e a necessidade de motivar os profissionais a

refletir sobre suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas.

Facó e Colaboradores (2005)²³ em pesquisa realizada com CDs da ESF no Ceará, afirmam que dois pontos afligem os profissionais a ponto de intervir em suas práticas, que são os padrões salariais bastante defasados e a falta de vínculo empregatício, desestimulando os profissionais à dedicação aos serviços públicos. Outro ponto também importante, segundo os autores é a formação acadêmica que deixa a desejar quando se fala em Saúde Coletiva, uma vez que a Universidade que constitui o centro formador por excelência de recursos humanos odontológicos, não proporciona elementos técnicos que permitam aos estudantes compreender as realidades sociais da profissão.

Leite e Colaboradores (2005)³¹, estudando o perfil do CD atuante na ESF do Distrito Sanitário I do município de João Pessoa - PB encontraram profissionais que já pertenciam ao serviço público, sem treinamento específico para a sua atuação na ESF, sem planejamento das ações a serem trabalhadas e sua atuação em equipe resumindo-se a palestras. Relata ainda que a população tem dificuldade em aceitar a mudança do modelo curativo para o de promoção, sendo este fato, determinante para a dificuldade do papel de agente modificador para os CDs.

Rodrigues (2008)⁴⁷ pesquisou sobre os profissionais de saúde bucal dos serviços públicos do Rio grande do Norte e observou que o perfil dos profissionais de saúde bucal necessita de uma adequação para atender aos princípios do SUS e da ESF, visto que a maioria constituída por especialistas, não exercem tais habilidades, por não lhe serem possibilitadas as condições necessárias nos serviços em que atuam e quando as executam, fazem de forma fragmentada, com base no paradigma flexneriano, ou seja, no modelo curativo.

Ditterich (2005)²² em seu estudo intitulado “O trabalho com famílias realizado pelo CD da ESF de Curitiba-PR” observou que este é um profissional que possui o perfil necessário para o trabalho em equipe de saúde da família, realiza ações de planejamento local, participação comunitária, prevenção e promoção de saúde e atenção clínica à população, o que demonstra grande amplitude de atuação deste profissional. A ESF modificou a forma de atuação dos CDs, uma vez que sua percepção do processo de adoecer foi ampliada, valorizando-se o contexto familiar e social do indivíduo.

Pereira e Colaboradores (2008)⁴⁴ observaram em seu estudo sobre a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF no Estado de Minas Gerais, uma evolução quantitativa das ESB, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde bucal, todavia diferenças e dificuldades estão presentes. Identificaram como pontos positivos, a observação do princípio da Universalidade, a jornada de trabalho de oito horas e a ampliação quantitativa. Como

pontos negativos, destacaram a falta de capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização das relações de trabalho com baixos salários, contratações instáveis e a falta de envolvimento entre ESB e ESF.

Existe atualmente uma grande diversidade de situações conflitantes ou nós críticos relacionados à organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, que precisam ser alvo de reflexões e interesse de todos que fazem parte desta estratégia. São eles: perfil dos profissionais, formas de contratação, modalidades de seleção e processos de capacitação, com impacto diverso na configuração do programa, na rotatividade dos profissionais, na qualidade das ações e no desenvolvimento de vínculos com a comunidade.

Observa-se que alguns municípios após a implantação da ESF, conseguiram ampliar e o que é melhor, modificar a percepção do CD no processo de adoecer, com a sua atuação não se limitando apenas a boca, mas sendo realizada através de uma intervenção mais integral, deixando o seu lado generalista sobrepor-se ao especialista. . Outros, porém, não conseguiram avançar no sentido de obtenção de melhores resultados, pois continuam desenvolvendo suas atividades baseadas no curativismo e tecnicismo, com profissionais comprometidos não com a qualidade, mas com números.

Estas distintas realidades refletem antes de tudo, as questões políticas, culturais, ideológicas e profissionais. Porém não devem caracterizar-se como definitivas, estáticas, mas como todo processo, envolve ação, determinação, embate e, portanto passível de uma mudança de cenário mais favorável, mais próximo do que preconiza a ESF com todos os seus conflitos e tensões.

Por outro lado, Rodrigues (2008)⁴⁷, relata que, esta reengenharia trazida pela ESF leva a reflexão de que esse nível de atenção exige dos profissionais que nele atuam um arsenal de habilidades, atributos e recursos bastante diversificados. Requer como pressuposto operacional, a cooperação entre aqueles que o executam, visando à integralidade do atendimento, e o saber técnico específico para viabilizar a resolutividade das ações.

Segundo Alves (2005)², espera-se que os profissionais que compõem a ESF, sejam capacitados para assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida para enfrentar, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença e desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos.

Merhy (2008)³⁴, diz que, embora o trabalho desenvolvido na ESF esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante que haverá ruptura com a dinâmica médico centrada, herança do atual modelo. Não há dispositivos potentes para isso, porque o programa

aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos micro-processos do trabalho em saúde, isto é, nos fazeres cotidianos de cada profissional.

Para Silva e Trad (2005)⁵⁰, a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser também coletivo que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento.

De acordo com Araújo (2006)⁵, o trabalho em equipe no contexto da ESF ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades, do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades, contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. A concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde a valorização das diversas disciplinas contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado.

Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo curativista, devendo então ser dividida entre os demais membros da equipe de saúde. A importância do diálogo, da não acomodação por parte dos demais profissionais, da comunicação interprofissional, constitui-se elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe.

Torna-se necessário a incorporação de novas realidades operativas e cognitivas que possibilitem romper com o modelo vigente. Este talvez seja o caminho, a senha para que mudanças efetivas possam acontecer. Deixar emergir a sensibilidade social somadas a uma combinação de instrumentos, ferramentas e tecnologias que sejam compartilhadas com os demais trabalhadores em seus núcleos de competência, de forma que se possa organizar um processo de trabalho em níveis de complementaridade e paralelamente com especificidades próprias que atendam às necessidades da população.

1.2 A inclusão do cirurgião-dentista na ESF

O Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial da União em 29 de dezembro de 2000, a Portaria 1.444 criando o "Incentivo de Saúde Bucal" que garante financiamento às ações da equipe odontológica do ESF. De acordo com o que relata Fernandes (2007)²⁴, esta inclusão do dentista na ESF veio como resposta aos alarmantes resultados obtidos pela

pesquisa nacional de amostras por domicílio, que relatou a existência de 29 milhões de brasileiros que nunca foram ao dentista. Este fato chocou as autoridades sanitárias brasileiras que autorizaram de imediato à inclusão da odontologia na ESF.

A inserção da Saúde Bucal na ESF representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal nos municípios. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho capaz de se relacionar com usuários e que participe da gestão dos serviços, no sentido de dar respostas às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial. (Brasil, 2008)¹¹.

Com a inclusão do cirurgião-dentista na ESF pelo Ministério da Saúde, vislumbrou-se a partir de então, mudanças importantes na reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, a possibilidade da instituição de novas práticas de saúde através de cuidados mais humanizados, à medida que aproxima os profissionais da realidade de vida das pessoas e das famílias, permitindo uma compreensão do processo de adoecimento, a construção de vínculos e responsabilizações pelo cuidado, levando a uma compreensão do indivíduo como um ser integral e a não limitar-se exclusivamente a sua área de atuação, mas enxergando um ser com corpo e boca.

Esta nova lógica de assistência, de acordo com Weyne (1999)⁵⁹, sinaliza para a necessidade de uma atuação interdisciplinar, ou seja, um dentista com o perfil de generalista, trazendo junto a esta necessidade a urgência de uma odontologia mais integral e que realmente dê respostas concretas às lacunas deixadas pelo modelo anterior essencialmente curativista.

Leite e Colaboradores (2005)³¹, afirmam que o cirurgião-dentista atuante na ESF deve possuir formação generalista, humanística, crítica e reflexiva pautadas na compreensão da realidade social, cultural e econômica, dirigindo sua atuação em benefício da sociedade.

Aerts e Colaboradores (2004)³, enfatizaram que, em nível central, os CDs da ESF devem atuar em equipes multidisciplinares no planejamento de políticas públicas saudáveis e no desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da comunidade e em nível local, as atribuições do CD podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde, ressaltando que os cursos de Odontologia precisam ser readequados para formar profissionais capacitados a exercerem uma prática que seja coerente com os objetivos do SUS.

Capistrano Filho (2000)¹⁸, afirma que, após a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF, há a necessidade de uma nova odontologia, no sentido de superar o caráter profundamente tecnicista da prática dominante de consultório realizado pelo CD no serviço público. Necessita-se de um profissional ativo que atue nas ações de promoção, educação e prevenção, dispondo de tempo para reunir-se com a equipe de saúde e com a população da área onde atua. Além disso, deve participar dos processos de planejamento e desenvolvimento na sua região e município como um todo, fazendo visitas domiciliares sempre que for necessário para conhecer profundamente a população e suas condições de vida.

Pucca Jr (2005)⁴⁵ diz que aposta firmemente na mudança do perfil do trabalho odontológico e que esta é a senha das mudanças que podem dar perenidade para a nossa política. O trabalho do dentista ainda é individual, hermético e por isso mesmo com grande possibilidade de iatrogenias, além da pouca otimização dos seus recursos. Diz ainda que é absolutamente estratégica a superação do modelo atual para uma prática profissional mais compartilhada.

A partir do ano de 2004 o Brasil desponta com uma Política Nacional de Saúde Bucal, O Brasil Sorridente, onde se vislumbra uma nova era para odontologia. A odontologia nunca foi tão valorizada e nunca se investiu tanto na saúde bucal como ora se vê. O resultado da implantação desta política não se vê em curto prazo, porém o Brasil certamente colherá os frutos deste investimento através de um novo e favorável quadro epidemiológico de saúde bucal.

Esta nova perspectiva para a odontologia, vem somar-se aos esforços do trabalho realizado na ESF em forma de extensão e complementaridade da atenção básica, ampliando e ofertando serviços odontológicos especializados a uma população extremamente carente e acostumada a um tratamento odontológico em que na maioria dos casos era mutilador.

1.3 Política Nacional de Saúde Bucal/ Brasil Sorridente

Apesar dos avanços ocorridos na saúde bucal nos últimos anos, segundo o Levantamento Epidemiológico de Cárie, o SB Brasil, o índice de cáries em crianças até 12 anos melhorou bastante, porém a situação dos adolescentes, adultos e idosos é considerada uma das piores do mundo. Pensando em reverter este quadro, o governo federal lançou a Política Nacional de Saúde Bucal/ Brasil Sorridente, que reúne uma série de ações em saúde bucal, direcionadas para todas as idades.

Até o lançamento do Brasil Sorridente em 17 de março de 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feito no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor. Nesse sentido, a Política Brasil Sorridente propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população.

No âmbito da assistência, as diretrizes da Política Brasil Sorridente apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, e possibilidade de acesso a todas as faixas etárias com garantia de serviços nunca antes ofertados a rede pública.

Atendimentos em outros níveis de complexidade são assegurados, de modo a buscar a integralidade da atenção, além da equidade e a universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta, como principais linhas de ação, a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias)¹².

O Brasil Sorridente recebeu em 2006, investimentos de mais de R\$ 1,3 bilhão. Em 2003, foram investidos cerca de R\$90 milhões em incentivos para a saúde bucal no Saúde da Família, superando em R\$40 milhões os investimentos do ano anterior. Ainda em 2004, o relatório do Tribunal de Contas da União apontou um crescimento de 45% nos atendimentos realizados, fato jamais registrado anteriormente. Existe hoje no Ministério da Saúde um mecanismo de avaliação para a melhoria da qualidade na Saúde da Família, denominada Avaliação para Melhoria da Qualidade - Qualificação da Estratégia Saúde da Família, à qual os gestores municipais deverão aderir de maneira voluntária e participativa e está disponível no site www.saude.gov.br/saudedefamilia. Tal proposta tem por objetivo avaliar os níveis de qualidade, os avanços alcançados e impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas de saúde no âmbito da Saúde da Família. Possibilita ainda, a identificação dos estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos da estratégia e a resolução dos problemas verificados, segundo o modelo proposto para esse nível de atenção (Brasil, 2008)¹².

Além do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde lançou no final de 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE)¹³, instituído por Decreto Presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos e alunas da Rede Pública de Ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (EJA).

O município de Parnamirim desponta a frente desta proposta ministerial, pois por iniciativa própria, desde a implantação da ESF no município, o programa saúde escolar foi adotado como proposta de trabalho junto às equipes da ESF, trabalhando a saúde bucal e saúde geral com alunos do ensino fundamental da rede municipal de educação, buscando integrar todos os profissionais da USF com os membros da escola, na perspectiva de promover saúde no próprio ambiente escolar, acreditando que não é possível ter saúde sem educação e vice-versa.

1.4 Programa Saúde na Escola (PSE) – A Proposta Ministerial

O Programa Saúde na Escola (PSE), iniciou no ano de 2008, e visa beneficiar alunos de escolas priorizadas através da lista de municípios prioritários do Ministério da Educação e Cultura (MEC) para o Plano de Desenvolvimento da Educação, os 1242 municípios referidos na Resolução CD/FNDE nº. 29, de 20 de junho de 2007.

Foi feito o cruzamento com a cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família (ESF) nesses municípios, resultando numa lista de 647 municípios (dados de abril/2008). Além desses municípios, serão contempladas as escolas localizadas nos municípios do Programa Mais Educação, totalizando aproximadamente 2.050 escolas, em 52 municípios - que são capitais e grandes cidades de regiões metropolitanas, onde será possível a adesão ao PSE, mediante o número de Equipes de Saúde da Família implantadas, na proporção de 1 Equipe Saúde da Família para 1 Escola Pública, totalizando a princípio, 699 municípios de vários estados brasileiros.

O governo estima que Até 2011, cerca de 26 milhões de alunos brasileiros terão atenção integral à saúde por meio das Equipes Saúde da Família nas escolas da rede pública que estiverem matriculados. O PSE será implantado por meio da adesão dos estados, do Distrito Federal e municípios e está prevista a implantação de sistemas de troca de informações entre os setores saúde e educação, com vistas ao monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes ao longo dos anos escolares.

Com o objetivo de apoiar os municípios no desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde previstas no PSE, o Ministério da Saúde propôs a criação do Incentivo PSE, que se constituirá em uma parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família - ESF e de Saúde Bucal - ESB que atuam no Programa. Incentivo que será pago em uma única parcela no último trimestre de cada ano, com base no número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES¹³.

São quatro componentes do PSE: avaliação das condições de saúde; promoção da saúde e prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes.

O primeiro componente “avaliação das condições de saúde” refere-se à atenção clínica. Será realizada triagem por meio de avaliação clínica e psicossocial, da atualização do calendário vacinal, da detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica, da avaliação oftalmológica, auditiva, nutricional e da saúde bucal. Para os quatro anos do programa estão previstas cinco milhões de consultas oftalmológicas e o fornecimento de 460 mil óculos para esta população, bem como 800 mil avaliações auditivas e o fornecimento de 33 mil próteses auditivas.

O segundo componente “promoção da saúde e prevenção” se efetivará por meio de ações: (1) de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, buscando a melhora nutricional dos escolares; (2) promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas, estimulando-os a fazê-los como uma escolha, uma atitude frente à vida; (3) educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, ações de prevenção de gravidez na adolescência chegarão a 87 mil escolas em 3,5 mil municípios; (4) prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; e, (5) promoção da Cultura de Paz e das violências.

O terceiro componente “educação permanente e capacitação dos profissionais e de jovens” prevê realização de educação permanente de Jovens para Promoção da Saúde e Educação permanente e capacitação de profissionais da educação nos temas da saúde e constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios do PSE. O projeto de Formação Permanente tem sido elaborado a partir de três eixos: gestão da formação, operacionalização e organização dos diferentes formatos de formação. A formação será oferecida pela UAB (Ministério da Educação) em interface com os Núcleos de Telessaúde.

O quarto componente “monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes” tem duas ações. A primeira é a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), que é amostral e tem como foco os jovens estudantes de 13 a 15 anos, que aborda: o perfil socioeconômico, alimentação, atividade física, cigarro, álcool e outras drogas, situações em casa e na escola, saúde sexual, segurança, saúde bucal, e imagem corporal. Esta pesquisa será feita em parceria com o IBGE e aplicada nas 27 capitais, em escolas públicas e privadas. A segunda é o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica) elaborado e aplicado no contexto do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) desde 2005; consiste em cinco questões ligadas mais diretamente ao tema de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) (Brasil, 2008)¹³.

1.5 O processo de trabalho em saúde e sua dimensão cuidadora

É fundamental a compreensão de que apesar do trabalho em saúde estar pautado em normas institucionais como no caso da ESF, cada profissional tem a autonomia de desenvolver o cuidado dentro do espaço de sua micropolítica, segundo expressão de Franco e Merhy (2008)²⁷, entendida aqui como o seu agir cotidiano, de forma dinâmica, criativa com grande capacidade inventiva ou simplesmente de forma prescritiva e mecanizada.

De acordo com Silveira Filho (2008)⁵¹, cuidar é mais que vigiar, portanto é ampliar o conceito de vigilância à saúde. É perceber as nuances e possibilidades de cada uma das suas

famílias; é buscar parceiros, governamentais ou não, para a superação dos problemas mais comuns; é fomentar a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.

Para Boff citado por Silveira Filho (2008)⁵²,

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo (...) a atitude é uma fonte, gera muitos atos que expressam a atitude de fundo (...) o cuidado é mais que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros (...) é um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (...) é o sentimento que torna pessoas, coisas e situações importantes para nós (...) Cuidado é aquela força originante que continuamente faz surgir o ser humano.

Para que haja mudanças efetivas no processo de trabalho, no ato de cuidar, torna-se necessário mudanças de atitude dos profissionais, em especial os da saúde bucal que atuem na ESF, buscando progressivamente uma nova forma de realizar o seu processo de trabalho, agregando novos valores, novas ferramentas, novas tecnologias constituindo-se em um novo padrão de saúde bucal na comunidade.

Werneck e Ferreira (2000)⁵⁸ reiteram que a tecnologia, respeitando princípios éticos e procurando promover a cidadania, tem que ser percebida a partir de diretrizes onde trabalhador, consumidor, equipamentos e modo de produzir interajam de forma harmônica em função de objetivos que contemplem qualidade de vida no trabalho, qualidade de vida das pessoas.

Nesta perspectiva, Merhy (2003)³⁵ mostra que o trabalhador opera no seu processo de trabalho um núcleo tecnológico composto por “trabalho morto” que é um trabalho onde são utilizados equipamentos e instrumentos e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho progressivo, sendo desta forma um processo formado por tecnologias duras dependentes, que se constitui em grande parte do trabalho desenvolvido pelo CD atuante em ESF ou não. E fala também do “trabalho vivo”, isto é, o trabalho vivo em ato, que é o trabalho no momento em que este está sendo produzido, sobre o qual haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves, em que aí, se abrem linhas de fuga para a realização da criatividade própria de cada profissional.

Pires (2000)⁴¹, afirma que o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material,

independente do processo de produção no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. Em sua maioria, esse trabalho é coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos outros grupos trabalhadores desenvolvendo uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional, porém, os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua profissão.

Merhy (2003)³⁵, diz que os estudos dedicados a observar e analisar como se produz saúde, indicam como sendo este o lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam estes de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa certo espaço de trabalho. Ressalta ainda que a produção dos serviços de saúde está associada a processos e tecnologias de trabalho, um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde individual e coletiva.

Mattos (1999)³² aponta como um dos problemas do trabalho em saúde, as dificuldades na passagem do político para o assistencial, expressando-se na identidade dos atores sociais e nos seus projetos. Esta situação impõe desafios para a gestão do trabalho cotidiano das equipes enquanto recriação de projetos coletivamente sustentados necessitando estar associados à recriação de novos sujeitos sociais defensores de certas crenças e valores.

Merhy (2002)³³ enfatiza ainda que pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consiga combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

Procurar estabelecer uma conexão com os diferentes processos de trabalho tendo como base algum conhecimento acerca do trabalho do outro, valorizando e estimulando a participação deste na produção de cuidados, constitui-se a essência do trabalho em equipe. Para isto, faz-se necessário identificar conflitos, construir consensos quanto às metas a serem alcançadas, que resultados a equipe espera, bem como, qual à maneira mais rápida e adequada de atingi-los.

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo²⁶.

Mudanças nas relações de trabalho não acontecerão de maneira rápida, os profissionais que compõem as equipes, principalmente o cirurgião-dentista, vêm de uma prática na qual predomina o tratamento curativo-restaurador ou mutilador sobre as demais atividades, o médico por sua vez tradicionalmente é reconhecido como figura central e predominante nos serviços de saúde e as relações de trabalho hierarquizadas e verticalizadas. Este cenário já é um velho conhecido de todos os trabalhadores, porém torna-se fundamental, para que as estas mudanças possam de fato ocorrer, uma reflexão sobre a forma como o processo de trabalho está sendo conduzido e os resultados alcançados versus resultados esperados.

Volschan (2002)⁵⁷ endossa o fato da formação acadêmica do CD voltada para a segmentação, especialidades, curativismo, não preparando o profissional para o coletivo, quando diz que a formação acadêmica dos CDs centrada no paradigma científico está sendo revista, de modo a resgatar o caráter coletivo da prática odontológica para uma atuação conforme o preconizado pelo SUS. Desta forma, os futuros profissionais poderão sair das universidades preparados para desempenhar suas funções neste novo modelo de atenção, beneficiando sua relação com o paciente, bem como com profissionais de outras áreas com quem irá se relacionar.

Deve-se estar atento, portanto, para o ato de realizar o cuidado em saúde, que é o momento que realmente faz a diferença entre um processo centrado na lógica instrumental ou tecnologias duras e o processo terapêutico mais relacional, centrado nas tecnologias leves. Mesmo se utilizando do instrumental, o profissional deve reconhecer que aquele usuário traz consigo uma origem social, relações familiares e ambientais que expressam sua história e, portanto deve ser enxergado como tal, um sujeito com uma individualidade e subjetividade próprias. E desta forma, só será possível alcançar qualidade no sistema de atenção à saúde se houver uma conformação adequada da relação entre estas tecnologias.

Werneck e Ferreira (2000)⁵⁸, afirmam que, se o paciente não for considerado em seus valores e necessidades, pouco vai valer todo o aparato tecnológico. Assim como pouco vai valer ouvir o paciente em suas angústias e ansiedades se não existe nenhum aparato tecnológico de suporte para resolver seus problemas.

Abrahão (2008)¹ diz, tornar-se um desafio a possibilidade de estudar e pensar na atenção básica, modelos organizacionais e perfis de trabalhadores, que possibilitem atuar sobre as atividades no interior do sistema de saúde e nos microprocessos decisórios, em particular, no terreno da gestão do trabalho em saúde, da produção do cuidado, como lugar onde há espaço para a resolutividade das ações de saúde.

Torna-se importante, portanto, toda a equipe sentir-se motivada e sensibilizada para possíveis transformações, que se traduzam na atenção às necessidades e anseios sentidos pelo usuário em requisitos a serem cumpridos por cada membro da equipe.

Por fim, quanto à saúde bucal, cabe ressaltar que a mudança em seu processo de trabalho, aliada aos interesses dos usuários e dos serviços, representa um desafio já colocado e ainda não alcançado pela profissão odontológica, porém não tão distante quanto outrora e possível de se tornar realidade. Neste sentido, sua integração com as diversas outras áreas do desenvolvimento humano constitui condição básica para que esta mudança aconteça.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Caracterizar o processo de trabalho do Cirurgião-Dentista acerca das ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Específicos:

a) Avaliar processo de trabalho do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família levando em consideração:

- ❖ A integração do CD com os demais membros da equipe;
- ❖ Organização do serviço – (acesso, horários, planejamento, referência e contra-referência);
- ❖ Desenvolvimento das ações (acolhimento, escuta, cuidado, assistência, relação paciente/profissional/paciente);
- ❖ Mudanças percebidas pelos CDs - comportamento, satisfação, motivação.

b) Conhecer do perfil do Cirurgião-Dentista da Estratégia Saúde da Família através das informações colhidas e sua relação com o processo de trabalho em saúde, no sentido de poder contribuir, se necessário, para a reorientação de suas práticas, buscando a melhoria da qualidade do serviço.

2.3 Justificativa

Como se trata de uma estratégia do Ministério da Saúde para (re) orientar as ações básicas de saúde e ao mesmo tempo, permitir a reafirmação dos princípios do SUS como a Universalização, Descentralização, Integralidade e a Participação Popular, cresce desta forma, a necessidade de conhecer o profissional que ora atua na ESB, no sentido de fazê-lo refletir sobre sua prática e como estes resultados podem servir de reorientação e reorganização do serviço.

As avaliações feitas do ponto de vista do profissional constituem-se em importantes elementos de monitoramento e reorientação das ações desenvolvidas em qualquer serviço de saúde e resultarão conseqüentemente, na melhoria da qualidade destes e em particular, nas ações de saúde bucal, que representa o nosso objeto de estudo.

A contribuição deste estudo é no sentido de proporcionar o auto-conhecimento e a reflexão por parte dos profissionais no tocante ao seu processo de trabalho e para a melhoria da qualidade dos serviços odontológicos na ESF, através da compreensão dos fenômenos adjacentes ao processo de trabalho, de forma que este conhecimento possa servir de subsídios para o desenvolvimento, planejamento, organização e reorientações de ações nas unidades de saúde da família deste município e de outros, que venham a ter equipe de saúde bucal implantadas na ESF.

Os beneficiários deste estudo, serão a própria população usuária, todos os profissionais da equipe de saúde da família e o serviço como um todo, pois, à medida que as ações avaliadas do ponto de vista do profissional, não estiverem sendo desenvolvidas de forma satisfatória, poderão ser replanejadas e redirecionadas, de forma que satisfaçam as necessidades dos usuários e expectativas do serviço de saúde.

Nós os investigadores do conhecimento
Desconhecemo-nos.
E é claro: pois se nunca nos procuramos
Como havíamos de nos encontrar!
Nietzsche

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Natureza da pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo^{28, 55}, cujo conhecimento do contexto e das múltiplas realidades, constituídos pelos participantes, servirá de suporte para uma melhor compreensão acerca da temática estudada. Como referencial, realizamos a pesquisa baseada nas teorias acerca do processo de trabalho de Emerson Merhy e autores como Silveira Filho, Samuel Jorge Moysés, dentre outros, ligados à saúde coletiva.

Realizou-se uma abordagem ao profissional, contemplando todo o processo de trabalho referente às ações de saúde bucal desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, bem como alguns enfoques que permitiram identificar o perfil do CD inserido nesta estratégia.

3.2 Espaço do Estudo

3.2.1 O Município

O município de Parnamirim, fundado em 1958, localiza-se na região da Grande Natal, é o 3º maior município do Estado, possuindo uma população estimada em 2003 pelo IBGE de 143.598 habitantes, resultando na densidade demográfica de 1.134,3 hab/Km², sagrando-se como a terceira cidade mais populosa do estado.

O nome Parnamirim é originário da expressão Tupi, Paranã – mirim, que significa pequeno rio ou pequeno parente do mar. O município completou recentemente 45 anos de emancipação política. Possui um índice de mortalidade infantil de 16,3/1000 nascidos vivos, e um rendimento médio por chefes de família em torno de R\$ 742,00 (Idema, 2008). Abrange uma área de 126,6 Km², que corresponde a 0,24% da área do Estado e a 5% da área da Região Metropolitana.

O IDH-Índice de Desenvolvimento Humano em 2000 foi 0,760, considerado pelo PNUD como município de médio desenvolvimento humano, ocupando a 2ª posição no Estado e a 1571ª no Brasil⁴².

O município conta com a seguinte rede de saúde: 22 Unidades Básicas de Saúde, 42 Equipes da ESF implantadas, incluindo 31 equipes de saúde bucal, 01 Maternidade Municipal, e 01 Pronto-Socorro, localizado no distrito de Pirangi do Norte. Possui também,

01 Centro Clínico de Parnamirim (CCPAR), referência para todo o município, o Hospital Regional Deoclécio Marques de Lucena, 01 Central de Diagnóstico, onde são encaminhados todos os exames solicitados pelas unidades de saúde e 01 Central de marcação de consultas. Implantou também desde o ano de 2007, o Centro de Referência Odontológica de Parnamirim (CEOP), ofertando serviços especializados em Prótese, Endodontia, Periodontia, Diagnóstico Oral, Odontopediatria, Cirurgia e atendimento a Pacientes Especiais, onde funciona também um plantão odontológico 24h.

A oferta deste serviço especializado certamente vem suprir uma necessidade acumulada da população em termos de serviços especializados, considerando principalmente o princípio de integralidade da atenção, que pôde de certa forma sair do papel e tornar-se uma realidade. Estes centros devem atuar de forma integrada com a atenção básica, através de um planejamento local e observando sempre a realidade epidemiológica do município.

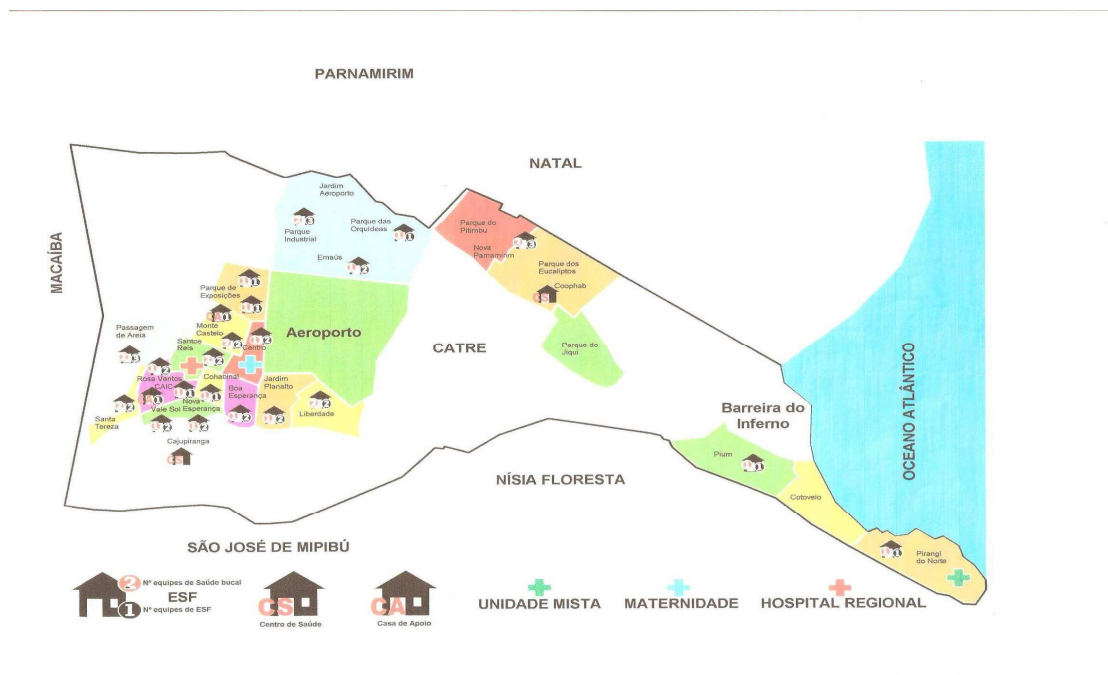


Figura 1- Desenho da rede de saúde do município de Parnamirim-RN, 2008. Fonte: SMS

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município em 1999, contando com 03 equipes, nos bairros de Rosa dos Ventos, Santos Reis e Passagem de Areia. Atualmente estão implantadas 42 equipes, funcionando em 22 Unidades de Saúde, sendo 1 equipe localizada na zona rural e as demais na zona urbana. Hoje, com a reestruturação da ESF, o município ampliou o número de equipes, resultando numa cobertura em torno de 70% da população de todos os bairros.

A cobertura populacional por equipe é em média 800 famílias. Cada equipe possui cerca de 5 a 6 agentes comunitários de saúde, e estes são responsáveis por cerca de 160 famílias⁴².

Na perspectiva de atenção direcionada a todas as faixas etárias e tendo como lema o acolhimento, que resgata a questão da cidadania e promove o estreitamento da relação equipe/usuários, a equipe trabalha a Atenção a grupos de idosos, hipertensos e diabéticos, no “Hiper-dia”. Trata-se do dia da semana dedicado a eles, onde são dadas orientações sobre dietas nutricionais, combate ao sedentarismo e tabagismo, incentivo ao esporte e lazer e entrega de medicamentos, além do monitoramento da pressão arterial.

As gestantes têm todo o acompanhamento gestacional, através do pré-natal e parto humanizado. Trabalha-se também a Puericultura, através do acompanhamento, crescimento e desenvolvimento infantil após o parto.

Outro dia é dedicado exclusivamente ao planejamento familiar, onde se trabalha com grupos de adolescentes e adultos, com orientações sobre métodos anti-conceptivos, prevenção ao câncer de útero e mama, DST's e distribuição de preservativos.

Outra ação desenvolvida é a investigação epidemiológica, onde todos os casos que são notificados no Pronto-Atendimento são encaminhados para o seu lugar de origem e os pacientes recebem acompanhamento e tratamento quando necessário.

Realiza-se desde a implantação da ESF no município, a atenção ao escolar, que são ações desenvolvidas em todas as escolas da rede municipal de ensino, constando de atividades preventivas e promocionais que são realizadas por todos os integrantes da equipe. Desenvolvem-se atividades de educação em saúde, avaliação antropométrica, vigilância nutricional, exames de acuidade visual, solicitação de exames laboratoriais quando necessário, e também o controle de imunização.

Com relação à saúde bucal, são realizadas visitas semanais às escolas, onde são realizados exames clínicos com finalidade epidemiológica e de verificação das necessidades de tratamento além de orientações de higiene bucal e aplicações tópicas de flúor. Quando há necessidade, os alunos são encaminhados para atendimento na unidade de saúde, na qual o dentista pertença, tendo atendimento priorizado.

Este programa desenvolvido pelo município com alunos do Ensino Fundamental I e II, hoje se encontra em consonância com o recém-criado Programa Saúde na Escola (PSE)¹³ através do Ministério da Saúde. Parte da lógica de que o serviço de saúde ofertado na própria escola resulta em garantia de cobertura de ações específicas para determinadas faixas etárias,

prevenindo e tratando precocemente algumas doenças e agravos que acometem as crianças em idade escolar.

3.2.2 Unidades de Saúde da Família

As 42 Equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas hoje no município, funcionam em 22 Unidades de Saúde e com 31 equipes de saúde bucal, assim distribuídas:

Quadro 1-Relação das Unidades de Saúde da Família com o respectivo número de ESF/ESB implantadas. Parnamirim, 2008.

UNIDADES DE SAÚDE	NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS	NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL IMPLANTADAS
1- Passagem de Areia	3	2
2- Monte Castelo	3	2
3- Pium	1	1
4- Nova Esperança	2	2
5- Rosa dos Ventos	3	1
6- Santos Reis	2	2
7- Liberdade	2	2
8- Vale do Sol	2	1
9- Nova Parnamirim	3	2
10- Emaús	2	1
11- Parque Industrial	3	2
12- Parque das Orquídeas	1	1
13 Parque de Exposições	2	2
14- Santa Tereza	2	2
15- Boa Esperança	2	1
16- Cohabinal	1	1
17- Centro	2	1
18- Jardim Planalto	2	1
19- Pirangi do Norte	1	1
20- Bela Vista	1	1
21- Cajupiranga	1	1
22- Coophab	1	1

Fonte: SMS de Parnamirim-RN.

Cada equipe funciona com 01 médico, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 dentista e em média 05 a 06 agentes comunitários de saúde.

O atendimento à comunidade é programado, porém, abre-se espaço para urgências diárias, como forma de dar resolutividade aos problemas sentidos pela população de forma mais imediata.

3.3 Critérios de inclusão/exclusão

- Ser dentista da ESF
- Aceitar participar da pesquisa

Foram excluídos da pesquisa os dentistas que não fazem parte da ESF do município.

3.4 Sujeitos do estudo

Os sujeitos participantes da pesquisa foram todos os CDs que atuam na ESF do município. Do total de 31 profissionais, apenas um não se dispôs a participar, totalizando, portanto 30 participantes da pesquisa.

3.4.1 Considerações éticas

Previamente à realização da pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN (Anexo II). Foram explicitados os objetivos do trabalho, além de garantir o anonimato e sigilo profissional aos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo III) com todas as informações referentes à pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.5 Pré-teste

A realização desta etapa metodológica objetivou identificar problemas e dificuldades em relação aos procedimentos metodológicos inicialmente planejados, além de possibilitar a análise, revisão e direcionamento dos aspectos da investigação quanto ao instrumento de coleta dos dados. Participaram desta etapa 05 cirurgiões-dentistas que não fizeram parte da pesquisa. Não foi realizada nenhuma adaptação após a realização do pré-teste.

3.6 Coleta de dados

Após autorização da Secretária de Saúde do município, para a realização da pesquisa junto aos profissionais da ESF foi aplicado um questionário semi-estruturado (anexo I). Desta forma, para que os participantes relatassem o mais fielmente possível a realidade do objeto pesquisado, os questionários foram enviados às unidades de saúde da família onde se dá o processo de trabalho em saúde bucal e posteriormente recolhidos para análise.

3.7 Análise dos dados

Os dados coletados através do questionário foram categorizados e posteriormente, utilizou-se o Software SPSS/13.0 para Windows, que permitiu a realização de uma análise descritiva apresentada em números absolutos e percentuais, com a finalidade de traçar uma descrição da realidade.

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo é isto
Que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas
Mas elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior
É o que a vida me ensinou. Isso me alegra, montão.
Guimarães Rosa

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Os sujeitos

4.1.1 Caracterização sócio-demográfica dos cirurgiões-dentistas/Formação profissional

Os profissionais participantes do estudo apresentaram as seguintes características: a média de idade é de 36,6 anos, sendo a idade mínima de 24 e a máxima de 59 anos. A maior parte dos profissionais é do sexo feminino (63%), enquanto o sexo masculino representou 37% (figura 2), o que demonstra a predominância do sexo feminino na odontologia de Parnamirim, seguindo uma tendência nacional em estudos sobre o perfil do profissional da saúde bucal no Brasil realizada pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicos (Inbrape, 2009)³⁰, onde 57,5% dos dentistas brasileiros são do sexo feminino.

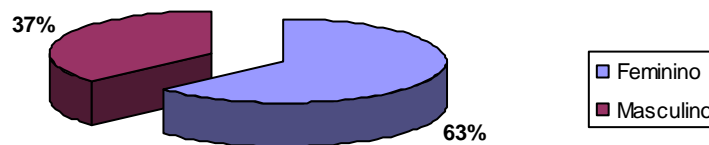


Figura 2. Distribuição segundo o sexo dos cirurgiões-dentistas da ESF. Parnamirim/RN, 2008.

Quanto ao perfil profissional, 60% concluíram o curso da graduação em Universidade Pública e 40% em Universidade Privada. De acordo com a figura 3, em relação à Pós-Graduação, grande parte dos profissionais participantes, possui algum nível de pós-graduação, em nível de Especialização, de Mestrado ou de Doutorado e uma pequena parcela não possui qualquer tipo de pós-graduação.

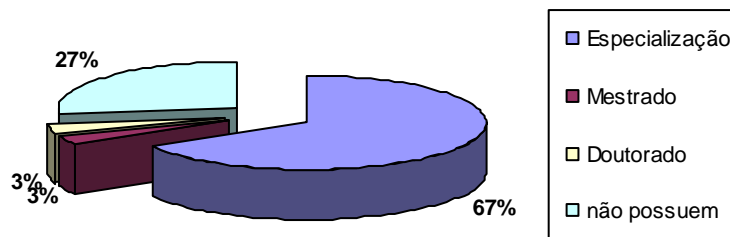


Figura 3. Distribuição segundo nível de pós-graduação dos CDs. Parnamirim/RN, 2008.

O fato de a maioria dos profissionais possuírem pós-graduação, não significa dizer que necessariamente estes conhecimentos estão sendo aplicados no serviço, considerando ainda que em sua grande maioria, a pós-graduação foi feita em alguma especialidade odontológica e apenas uma minoria possui especialização em saúde coletiva ou saúde da família, como mostra a figura 4:

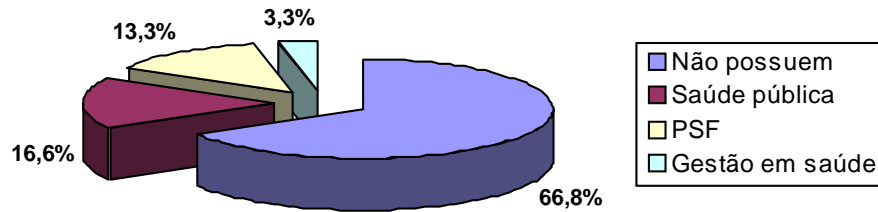


Figura 4. Respostas dos CDs quanto a possuírem pós-graduação em PSF ou área afim. Parnamirim/RN, 2008.

Sabe-se da importância da capacitação e de cursos de educação permanente, principalmente aqueles direcionados à saúde da família ou relativos à saúde coletiva ou pública, para os profissionais que exercem suas atividades na ESF e que tem como proposta, mudanças no modelo assistencial vigente.

A reorganização desse novo modelo requer profissionais capacitados com uma visão ampliada de saúde, capazes de compreender indivíduos, famílias e comunidade de forma sistemática e integral. Faz-se necessário, portanto, que os profissionais sejam permanentemente capacitados para intervir de forma qualitativa, no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal, buscando responder às necessidades da comunidade⁴⁷.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2001)⁴⁰, também ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, tendo como base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho.

Na busca por melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais torna-se de importância ímpar para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde.

Com relação ao tempo de experiência em ESF, 50% têm mais de 04 anos de trabalho neste município. Além disso, 96,7% relataram não possuir capacitação antes de ingressarem na ESF, porém, após o ingresso, 66,7% fizeram algum curso para capacitá-los a trabalhar na

ESF, alguns promovidos pela própria secretaria de saúde do município, como o Introdutório, sendo que alguns profissionais o fizeram já passados alguns anos de trabalho no município.

Na verdade, o Introdutório como o nome mesmo diz, deve ser uma introdução a ESF, onde os profissionais irão compreender a proposta de trabalho da ESF, desenvolver uma visão ampliada e diferenciada do processo saúde-doença e da abordagem familiar, tão importante no desenvolvimento do processo de trabalho na ESF, entre outros pontos.

Mais do que uma simples orientação inicial, como o Introdutório, torna-se fundamental para atualização de profissionais originários de formação específica, um processo de educação continuada (treinamento em serviço), sistematizado, capaz de corrigir e/ou aprimorar habilidades²⁰.

No tocante a outras atividades desenvolvidas na odontologia paralelamente ao trabalho na ESF, 96,7% dos CDs disseram que trabalham também nos setores públicos ou privados, apesar das 40 horas semanais exigidas pelo Ministério da Saúde. Apenas uma pequena parcela 3,3%, disse trabalhar exclusivamente na ESF. Observando a figura 5, destes 96,7% que têm algum vínculo empregatício além da ESF, observa-se que a maior parte dos CDs, ou seja, 55% possuem vínculo no setor público e privado simultaneamente.

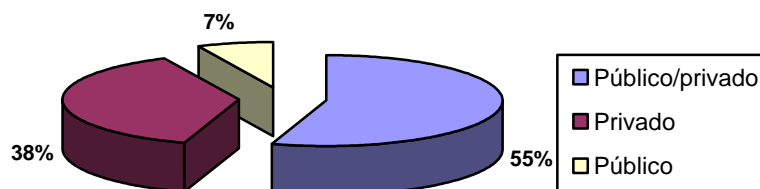


Figura 5. Distribuição dos setores onde os CDs desenvolvem atividades profissionais além das exercidas na ESF. Parnamirim/RN, 2008.

É significativo o número de profissionais que possuem outros vínculos empregatícios além da ESF, apesar das oito horas diárias exigidas pelo Ministério da Saúde. Sabe-se que a ESF não oferece estabilidade ao trabalhador, pois a forma de contratação é precária, sem seleção ou concurso público e acredita-se que provavelmente esta precarização do vínculo profissional, faz com que ele procure outras atividades em outros campos de atuação ou atue em sua área em outras instituições, até como forma de complementação salarial.

Em Parnamirim, os profissionais são contratados como cargo comissionado, não possuem nenhum vínculo com o município. Trabalham em regime de 40h semanais, gozam meia folga semanal e recebem o 13º salário.

Em pesquisa realizada em âmbito nacional sobre a modalidade de contratação de pessoal na ESF, foi constatado que as contratações são realizadas em grande parte pelas prefeituras municipais, sendo os contratos temporários ou prestações de serviço, a principal forma de contrato com os profissionais¹⁹.

Diversas pesquisas mostram que no SUS, assim como nos demais setores do mercado de trabalho nacional, proliferam os contratos informais de trabalho. Desta forma, esses profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e diferenças entre governos que se sucedem no poder, tão presentes na realidade dos municípios brasileiros²⁰.

Convém salientar que esta instabilidade das relações de trabalho, pode resultar em uma série de contratemplos, desde falta de compromisso com o serviço, como serviços ofertados de baixa qualidade, práticas clientelistas, desmotivação, falta de responsabilidade na execução das atividades, entre outras.

Quanto à moradia e deslocamento dos profissionais, 70% moram fora do município, e apenas 30% residem em Parnamirim, porém 73,3% relataram gastar apenas até 30 min. no acesso ao seu local de trabalho. Sabe-se que a residência fixa do profissional no município é fundamental ao cumprimento da carga-horária exigida na ESF (40h semanais), entretanto, em virtude do tempo de deslocamento dos profissionais de seu domicílio para o local de trabalho ser relativamente pequeno, este fato parece não intervir no seu cumprimento.

Como pode ser observado na figura 6, grande parte dos profissionais trabalha com comunidades da zona urbana (64%), enquanto algumas equipes trabalham com comunidade mista (33%) (urbana e rural) e uma pequena parte (3%) trabalha em locais considerados como zona rural⁴², em virtude de terem localização mais afastada ou estarem próximo do litoral e longe do perímetro urbano. Desta forma, os CDs que atuam nos locais considerados zona rural, cumprem carga-horária em horário corrido, ou seja, 6 horas ininterruptas de trabalho, em acordo com a SMS local.

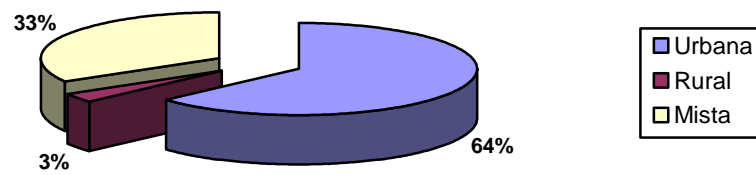


Figura 6. Distribuição segundo tipo de comunidade atendida pelos CDs. Parnamirim/RN, 2008.

O fato de algumas USF utilizarem o horário corrido de atendimento poderá acarretar para parte da comunidade que não possa se utilizar do horário oferecido para seu atendimento, muitas vezes por motivo de trabalho, exclusão ou dificuldade de acesso ao serviço de saúde, comprometimento da qualidade do cuidado prestado. Este fato é atenuado em virtude da ESF trabalhar com a lógica do agendamento, onde se procura ofertar o serviço de acordo com a necessidade e comodidade da comunidade, desta forma, o usuário poderá agendar seu atendimento de forma planejada e que esteja de acordo com o trabalho e a USF.

O município traz consigo esta particularidade de ter na ESF a porta de entrada para 70% da atenção básica à saúde. Esta característica trás uma série de pontos positivos, como desafogamento da alta complexidade, resolutividade de ações, trabalho com população adstrita, proporcionando cobertura vacinal, controle e prevenção de doenças como diabetes, hipertensão, câncer de colo uterino, dentre outras.

Desta forma, as barreiras geográficas para acesso a USF, como: distância, falta de transporte, difícil acesso, etc., não são sentidas pela população em grande parte dos locais de implantação das USF, o que facilita o acesso da população ao serviço e em sua grande maioria, os bairros têm sua USF implantada, funcionando e proporcionando este conforto a população.

4.2 Atividades realizadas na Estratégia Saúde da Família

Com o objetivo de conhecer as atividades habitualmente desenvolvidas pelos CDs, os mesmos foram questionados sobre quais atividades eles desenvolvem na ESF, de acordo com as figuras 7 e 8 a seguir:

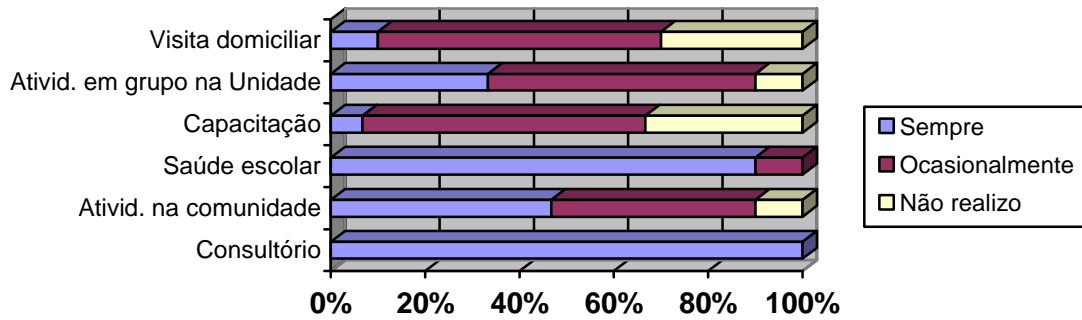


Figura 7. Citações dos CDs relativas às atividades desenvolvidas na ESF. Parnamirim/RN, 2008.

De acordo com a figura 7, as atividades mais desenvolvidas na USF referem-se às atividades clínicas ou as atividades com escolares, destacando-se o baixo desenvolvimento de atividades com a comunidade fora do âmbito do consultório e a capacitação dos profissionais que fica muito a desejar, segundo respostas dadas pelos CDs.

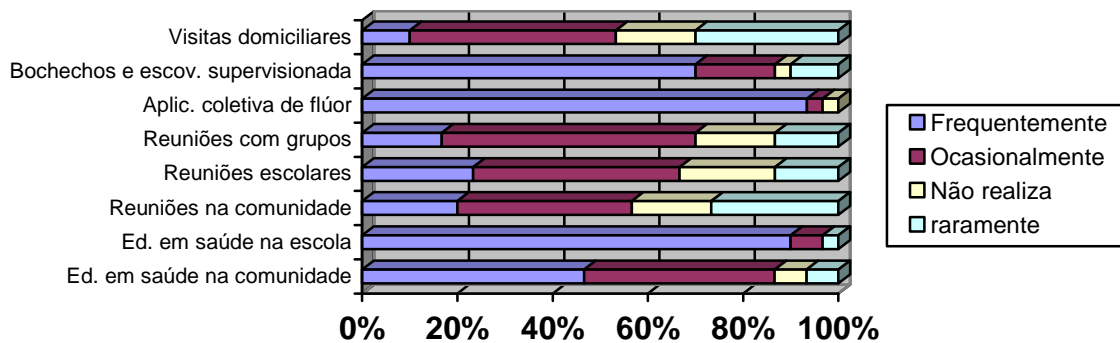


Figura 8. Percentual das respostas dos CDs sobre a realização de atividades realizadas fora da USF. Parnamirim/RN, 2008.

Com relação às atividades realizadas fora do âmbito da USF, este é o momento em que o dentista deixa um pouco as atividades curativas e passa a ter um contato maior com a comunidade e através destas atividades, ocorre um estreitamento de laços e um conhecimento por parte dos profissionais do ambiente em que esta comunidade está inserida.

De acordo com o que se observa na figura 8, a atividade mais comumente realizada pelos CDs fora da USF é a educação em saúde na escola e aplicação coletiva de flúor, que estão ligadas ao desenvolvimento das atividades com escolares. Vale ressaltar ainda que estas aplicações coletivas de flúor são realizadas semestralmente pelos profissionais, o que não se configura como uma atividade frequentemente realizada. As demais atividades, com a comunidade e com grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos) são feitas de forma pouco freqüente pelos profissionais, ficando claro o seu perfil de trabalho voltado para as atividades odontológicas clínicas e individuais.

Os CDs atuam nas escolas municipais ou estaduais (caso não haja escola municipal próxima a USF) que estejam localizadas dentro do seu território de atuação, através do programa saúde escolar, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação. Desenvolvem ações educativas e/ou preventivas em ambos os turnos escolares, como: educação em saúde, aplicações tópicas de flúor e atividades lúdicas. Deve-se salientar que tais atividades devem caracterizar-se em ações intersetoriais de fato, ou seja, com participação efetiva do corpo escolar, não devendo resumir-se apenas a palestra e aplicações tópicas de flúor.

De acordo com Souza (2005)⁵⁴, as atividades realizadas baseadas apenas em palestras e aplicações de flúor, não necessariamente deveriam ser desenvolvidas nas escolas, mas poderiam ser realizadas nas USF e neste caso, não seriam caracterizadas como ações intersetoriais, mas estaria havendo apenas transposição do local de trabalho do dentista da USF para a escola.

Ao se considerar o desenvolvimento de ações educativas e preventivas em saúde bucal nas escolas em parceria com a Secretaria de Educação, deve-se questionar como estas ações estão sendo desenvolvidas, no sentido de real integração saúde-educação, com professores multiplicadores de saúde, da integração e planejamento de conteúdos relativos à saúde bucal no plano de aula, a fim de que sejam trabalhados periodicamente com os alunos.

As ações desenvolvidas na escola pelos dentistas, não são supervisionadas nem avaliadas pela coordenação, apesar de já ter sido realizado anteriormente oficinas de trabalho no Saúde Escolar, na tentativa de uniformizar as atividades realizadas na escola, e promover uma maior integração do corpo escolar com os membros da ESF.

Quanto ao atendimento domiciliar, ou seja, as visitas domiciliares, grande parte dos CDs (60%), disseram só realizá-las ocasionalmente. Esta atividade é mais frequentemente realizada pelos demais membros da equipe como enfermeira, médico, auxiliares e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Ela representa ainda um grande desafio para os CDs, pois sua realização requer em grande parte, a utilização de tecnologias leves, ou seja, desenvolvidas no

campo relacional, conforme expressão de Franco e Merhy (2008)²⁷, favorecendo o estabelecimento de vínculo e responsabilização com esta clientela, um universo ainda em descoberta pelos CDs.

Merhy e Franco (2003)³⁵, em suas observações têm concluído que para além dos instrumentos e conhecimentos técnicos, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado.

A visita domiciliar passa a ter um caráter tão importante quanto a realização do diagnóstico clínico das patologias e não serve apenas para o profissional identificar as condições sociais das famílias, mas é uma estratégia de intervenção terapêutica, onde ora se atua através de ações de prevenção e promoção, ora através de intervenções clínicas, ora estabelecendo-se como suporte às mudanças comportamentais das famílias. Silveira Filho (2008)⁵¹.

4.3 Articulação do trabalho do cirurgião-dentista com os demais membros da equipe (ESB/ESF)

Com relação ao desenvolvimento de ações realizadas de forma integrada com os demais membros da equipe, questionou-se ao dentista se este procura a colaboração de outros membros da equipe na realização de suas atividades e 50% responderam que habitualmente procuram trabalhar sempre de forma integrada, de acordo com o que mostra a figura 9 a seguir:

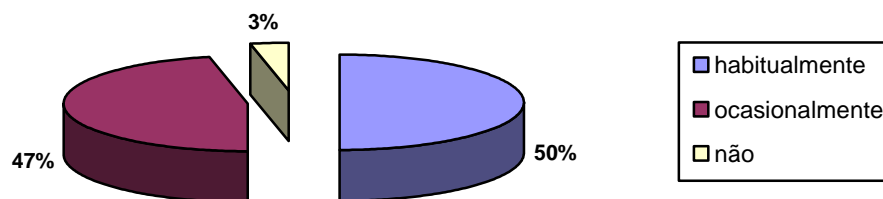


Figura 9. Percentual das respostas dadas pelos Cirurgiões-Dentistas quanto a buscar a colaboração de outros membros da equipe. Parnamirim/RN, 2008.

Os CDs também foram questionados no sentido de verificar se os demais membros da equipe procuram a sua colaboração na realização de suas atividades, e a grande maioria (60%), respondeu que apenas ocasionalmente sua colaboração é solicitada (figura 10).

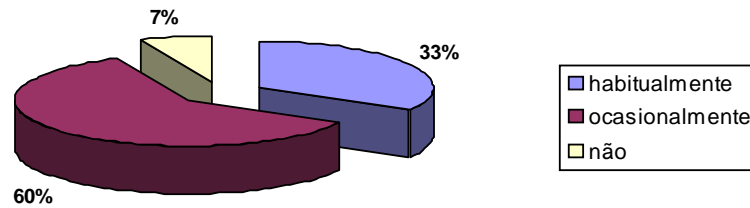


Figura 10. Percentual das respostas dadas pelos cirurgiões-dentistas quanto aos demais membros da equipe buscarem sua colaboração. Parnamirim/RN, 2008.

Sabe-se da importância do desenvolvimento integrado das ações, da multiplicidade de saberes baseados no princípio da transdisciplinaridade, segundo expressão usada por Almeida Filho (1997)⁴, atuando sobre determinado sujeito ou objeto que certamente resultará em ações mais completas com resultados mais consistentes e confiáveis.

O estreitamento de laços entre os integrantes da ESF de uma forma geral, ainda é pequeno, visto alguns estudos descritos na literatura e citados neste estudo, mostrarem que este fato é realidade e se faz presente em grande parte dos municípios com ESF implantada, não sendo, portanto uma particularidade do município de Parnamirim.

A inserção tardia das ESB na ESF, a formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal que dificultam a abordagem do indivíduo como um todo e a demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESB, impede os dentistas de interagirem com os demais profissionais. (Pereira e Colaboradores, 2008)⁴⁴.

Partindo do princípio da utilização do termo, Equipe de Saúde Bucal (ESB) para designar a saúde bucal inserida na ESF, têm-se a impressão de que se trata de uma equipe distinta da Equipe de Saúde da Família. Esta separação de designação talvez seja reflexo da inclusão tardia da Odontologia na ESF e da separação histórica entre Odontologia e Medicina, como se a boca não fizesse parte do corpo⁵⁴.

Os CDs foram questionados em relação ao tipo de atividades desenvolvidas por eles em parceria com os demais profissionais e integrados com a comunidade adstrita. Foram elencadas várias atividades que são desenvolvidas dentro e fora da USF, de acordo com a figura 11:

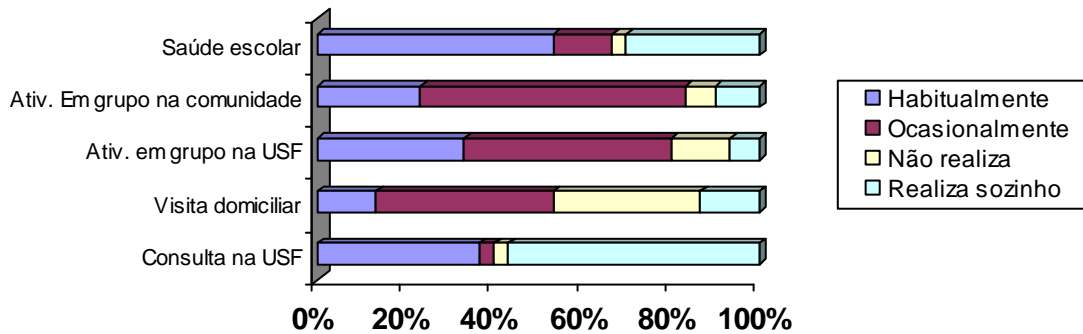


Figura 11. Percentual das citações dos CDs relativas às atividades desenvolvidas pelos CDs em parceria com os demais profissionais. Parnamirim/RN, 2008.

Observa-se que quando desenvolve suas atividades clínicas na USF, a maioria dos CDs (56,7%), diz realizá-las sozinho, não buscando cooperação dos demais profissionais. Já com relação às demais atividades, quando ele as realiza, ele procura a cooperação dos demais profissionais apenas ocasionalmente na maioria das vezes.

As visitas domiciliares ele as realiza mais ocasionalmente na presença dos demais membros da equipe, como agentes comunitários de saúde (ACS), médico, enfermeira, etc., ou não as realiza, porém, deve-se atentar para o fato de que o dentista está ou não fazendo visitas domiciliares, não implica necessariamente em mudança ou não de práticas. Diante desta constatação poderíamos indagar: o dentista sabe de fato o seu papel dentro do ambiente familiar ou quando realiza a visita ele participa apenas como mero acompanhante dos demais profissionais?

Deve-se ter em mente a visita como estreitamento de laços entre profissional/profissional e profissional/usuário, resolutividade de algum fato que esteja causando sofrimento ao paciente impossibilitado de comparecer a USF, desenvolvimento de vínculo, produção de cuidado e, portanto, deverá ser um momento muito bem aproveitado por todos os membros da ESF.

O programa saúde escolar foi o item mais citado em que habitualmente o CD desenvolve suas atividades em equipe, segundo a figura 11, provavelmente por ser a atividade mais frequentemente realizada pelo CD fora da USF, porém deve-se ater ao fato de que muitas vezes os profissionais se deslocam juntos para a escola e lá cada um desenvolve suas

atividades de forma isolada, ou seja, eles dividem o mesmo espaço, entretanto trabalham de forma desarticulada.

Observa-se, portanto a tímida realização de atividades desenvolvidas em equipe pelo CD. Tanto as atividades na comunidade quanto as realizadas na USF, ele as realiza apenas ocasionalmente em equipe, o que torna necessário reflexões quanto a forma de desenvolvimento do trabalho em equipe, no sentido dos profissionais conseguirem estabelecer de fato, relações afetivas, técnicas e científicas e não limitando-se apenas a troca de informações.

4.4 Atendimento aos diversos grupos existentes na USF

No tocante ao processo de trabalho desenvolvido com grupos de pacientes, que são os grupos organizados pela USF (diabéticos, hipertensos e gestantes), conjuntamente com os pacientes divididos por ciclos de vida (menores de 04 anos, maiores de 04 anos, adolescentes, adultos e idosos) e por portadores de necessidades especiais (PNE), os CDs foram questionados sobre a frequência de atendimento a estes grupos e cujas atividades são realizadas no consultório em atendimento clínico diário, mostrado pela figura 12 a seguir:

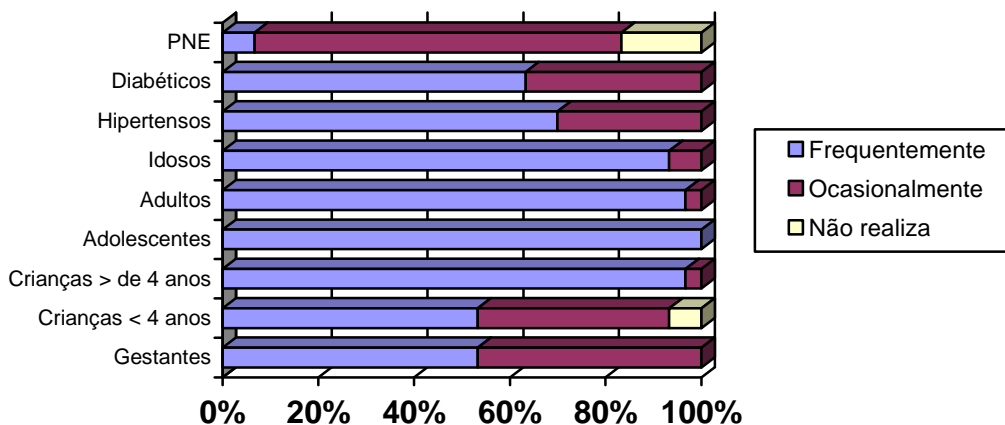


Figura 12. Percentual das citações dos CDs relativas às atividades desenvolvidas por eles com grupos no consultório. Parnamirim/RN,2008.

Verifica-se que os adolescentes são a faixa etária mais frequentemente atendida pelos CDs, seguidas por crianças maiores de 04 anos e adultos. Estas atividades desenvolvidas com estes grupos etários e especificamente os adolescentes, que foram os mais citados, refere-se às

atividades clínicas. Os portadores de necessidades especiais são o grupo de menor frequência de atendimento, provavelmente pelo fato de serem referenciados para o CEOP (Centro de Especialidades Odontológicas de Parnamirim) e a maioria dos CDs não possuem experiência na atenção a este tipo de usuário.

No que diz respeito aos centros de referência, a atual Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde assegura o atendimento aos níveis de média complexidade, de acordo com o planejamento loco-regional e realidade epidemiológica de cada região ou município.

Neste sentido, com relação aos encaminhamentos de pacientes ao CEOP, de acordo com a figura 13, a especialidade habitualmente mais referenciada pelos CDs é a Endodontia (86,7%), seguida de Prótese (70%), Diagnóstico Oral (30%), Cirurgia (23,3%) e PNE (20%), corroborando com Silveira Filho (2008)⁵¹, quando ele afirma que as necessidades mais urgentes na odontologia são a Endodontia e a Prótese, em virtude provavelmente de serem as duas maiores necessidades acumuladas da população e só após esta nova política nacional de saúde bucal, estão sendo oferecidas à população em serviço público.

Os dentistas não têm dificuldades em referenciar usuários ao CEOP, e estes no momento em que procuram o Centro de Referência, são agendados e dependendo da especialidade, são prontamente atendidos. A Prótese e a Endodontia requerem uma espera maior em virtude da procura e necessidade acumulada da população.

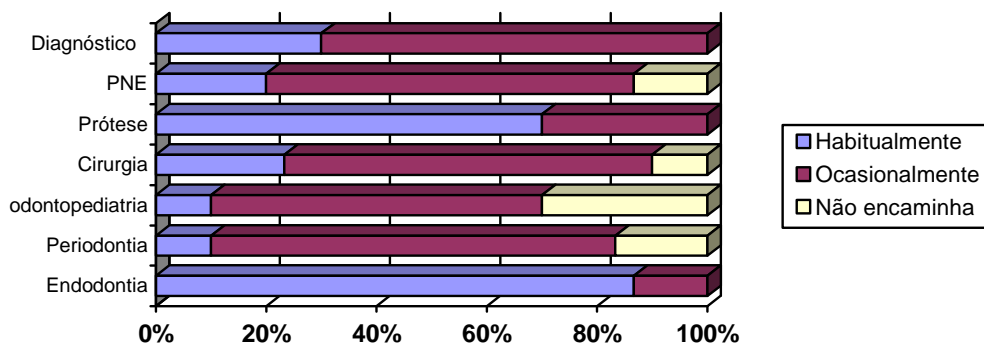


Figura 13. Percentual das citações dos CDs relativas aos encaminhamentos de pacientes ao CEOP. Parnamirim/RN, 2008.

4.5 Organização/Desenvolvimento do processo de trabalho

Com relação às reuniões para avaliação e planejamento das ações realizadas pelos profissionais, 60% dos CDs afirmaram que frequentemente participam das reuniões em

equipe, enquanto que 23,3% disseram que só participam ocasionalmente e 6,7% disseram que não participam destas reuniões e 10% relataram que a equipe não se reúne.

Quando se questionou sobre a periodicidade destas reuniões, 33,3% disseram que não tem periodicidade definida e 30% responderam que se reúnem de acordo com a necessidade da equipe, os demais responderam semanal, mensal ou quinzenalmente.

Além de apenas 60% dos CDs participarem das reuniões de equipe, estas não têm periodicidade definida para acontecer ou acontecem apenas quando algo a justifique, ou seja não há uma constante interatividade entre profissionais, o que faz com que venha à tona mais uma vez, a baixa integração dos CDs com os demais membros.

De acordo com os resultados obtidos, pode-se deduzir que as reuniões de equipe não acontecem de forma habitual, não fazendo parte do processo de trabalho dos CDs de maneira sistemática e como consequência, o planejamento das ações a serem trabalhadas fica comprometido. O CD é muitas vezes apenas comunicado das decisões tomadas por outros membros da equipe ou muitas vezes pela administração da USF, ou vice-versa, configurando-se, desta forma um modelo vertical de trabalho.

Sabe-se que este momento de integração da equipe é indispensável para esclarecimentos, dúvidas e resoluções das questões que ficam pendentes no dia-a-dia. Quando estas reuniões acontecem sem uma determinada frequência, os problemas tendem a acumular-se, comprometendo a resolução dos mesmos e o entrosamento de toda a equipe.

Enquanto os profissionais isolarem-se, por corporativismo, arrogância, insegurança ou ignorância, ou tudo isto junto, enquanto não constituírem uma integração de fato entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado, não haverá efetivo trabalho em equipe. Os profissionais podem até estar juntos, na USF, na visita domiciliar ou nas demais atividades externas que exigem um certo grau de convivência, mas o aprisionamento do trabalho a estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado torna o trabalho “morto”³⁷.

Quanto à forma de elaboração das atividades desenvolvidas pela equipe (planejamento coletivo), 46,7% disseram que cada profissional elabora as suas atividades individualmente, embora depois estas informações sejam partilhadas com os demais membros, e 40% responderam que desenvolvem em conjunto com toda equipe. (Figura 14).

Não foi observado relação entre estes dois diferentes grupos destacados na figura 14. Provavelmente, este grupo que trabalha com ações planejadas em equipe, tenha profissionais comprometidos e esclarecidos sobre a importância do seu não isolamento e consciência do seu

papel como sujeito e a integração aparece como consequência, em forma de planejamento e discussões que são saudáveis no desenvolvimento deste processo.

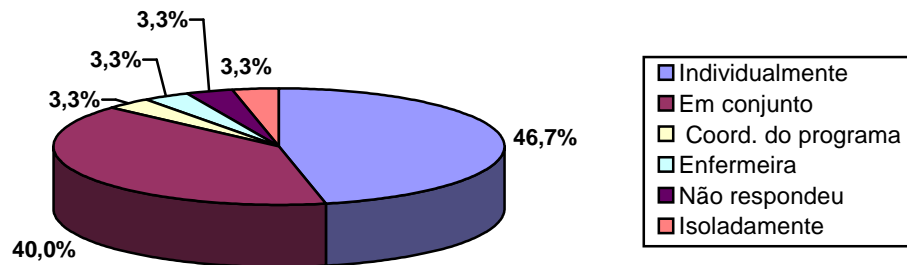


Figura 14. Percentual das citações dos CDs relativas à forma de planejamento das atividades. Parnamirim, 2008.

Deve-se levar em consideração também, que o diálogo e a parceria entre os integrantes da equipe, e estes acontecerem de forma regular, é fundamental para um processo de trabalho positivo, resolutivo e que acaba sendo percebido pelos usuários que são os maiores beneficiados com este processo.

Estes dados permitem observar a tímida participação do CD como membro efetivo da equipe, alguns dentistas ainda desenvolvem suas atividades de forma isolada, como se a odontologia não fizesse parte da realidade da ESF ou esta ainda sendo uma realidade distante, talvez por um conjunto de fatores advindos de própria formação ou quem sabe pela postura individual de alguns profissionais, o que precisa ser alvo de reflexões por parte de todos.

De acordo com a figura 15, no que se refere ao trabalho dos profissionais com temas que vão além da saúde oral, como é o caso do diabetes, hipertensão, saúde do idoso e demais ações, 90% relataram que a equipe trabalha estes temas com sua comunidade, porém quando questionados sobre sua participação nestes trabalhos, 66,7% disseram que participam deste trabalho junto com a equipe e 33,3% afirmaram que não participam (figura 16).

Observa-se, portanto que a equipe trabalha estas ações e boa parte dos CDs não fazem parte dela. Ressalta-se ainda o fato de tratar-se de uma atividade que não se restringe exclusivamente a saúde oral, mas também a saúde geral, que é de grande importância para a população usuária ter a participação do CD nestas atividades, seja antecipando ou participando com os demais profissionais de algum diagnóstico de doença sistêmica que venha a repercutir na saúde oral dos mesmos e é preciso que este profissional esteja apto para identificá-los.

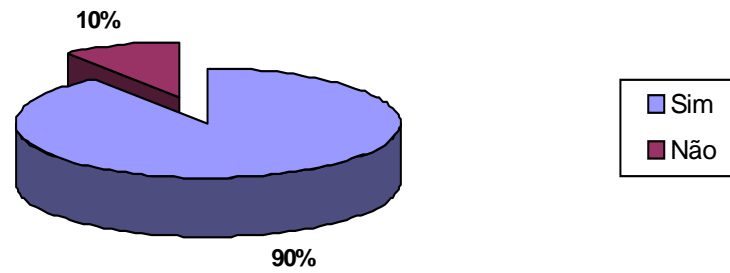


Figura 15. Percentual das respostas dos CDs relativas ao desenvolvimento de ações pela equipe sobre temas como diabetes, hipertensão, etc. Parnamirim, 2008.

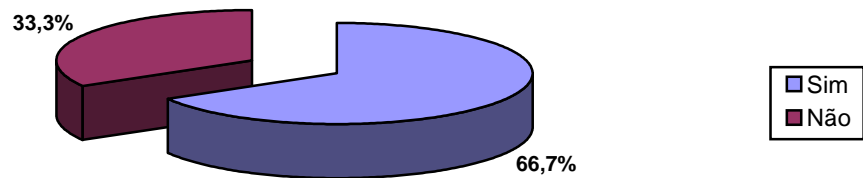


Figura 16. Percentual das respostas dos CDs relativas à sua participação nestas ações. Parnamirim, 2008.

A boca, com suas estruturas, responde localmente à maioria dos estímulos ocorridos no nível sistêmico. A boca tem ainda, nos dentes e gengivas, excelentes “marcadores biológicos” para carências nutricionais, deficiências metabólicas, estímulos estressores, desigualdades sociais, conflitos psicológicos, dentre outros³⁷.

O planejamento das ações a serem realizadas pela equipe, no que diz respeito à educação da população na prevenção de doenças e sobre como tratá-las, deve ser feito de forma que todos possam dispor sua multiplicidade de saberes a serviço do usuário e para benefício de toda equipe.

Sendo assim, foi perguntado aos CD de que forma a equipe escolhe os temas que serão trabalhados com a comunidade, e de acordo com a figura 17, 50% responderam que escolhem de acordo com a necessidade da população, enquanto que 33,3% disseram que seguem calendário proposto pela coordenação do programa e que se encontra disponível na USF. A necessidade da população neste caso, diz respeito ao que é percebido pelos profissionais quanto ao acometimento de doenças na comunidade informadas muitas vezes pelos ACS ou

as ocorrências mais frequentes na USF e não por trabalharem a partir de um diagnóstico epidemiológico, que apontem os fatores de risco que estão afetando a comunidade.

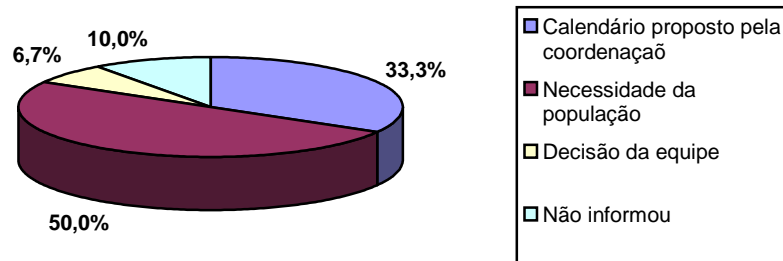


Figura 17. Distribuição das citações dos CDs relativas à forma como as ações são escolhidas para serem trabalhadas na equipe. Parnamirim, 2008.

É importante que a equipe desenvolva ações que de fato venham beneficiar a comunidade, no sentido ofertar serviços que realmente correspondam às suas necessidades e que os CDs tenham uma participação efetiva neste processo, assumam seu papel como atores principais e não como meros coadjuvantes.

Agora se tratando da organização do processo de trabalho sob a ótica do acesso, perguntou-se aos CDs como eles disponibilizam o acesso dos pacientes ao consultório e segundo figura 18, 93,3% informaram que este acesso se dá através de agendamento e 6,7% através de fichas ou livre demanda. A grande maioria trabalha com agendamento, porém abre-se espaço para as necessidades mais urgentes da população.

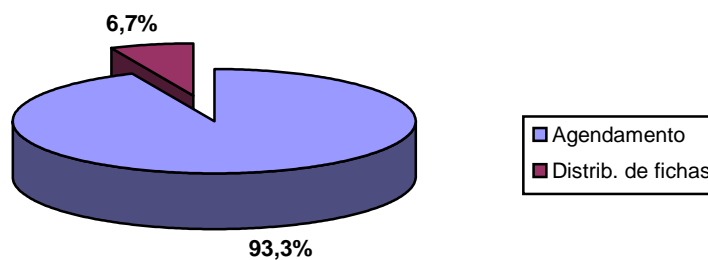


Figura 18. Percentual das respostas dos CDs quanto a forma de acesso dos usuários à assistência odontológica. Parnamirim-RN, 2008.

Justificando o acesso dos pacientes através da livre demanda, Franco e Merhy (2008)²⁷, dizem que a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória

aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas unidades de Pronto Atendimento e Pronto Socorro.

Em contrapartida, Vilarinho (2007)⁵⁶ diz que o agendamento é um item importante na reordenação da atenção odontológica que visa substituir práticas centradas no paradigma cirúrgico-restaurador-mutilador por práticas que considerem o indivíduo como um ser integral, onde se consegue desenvolver uma odontologia olhando o paciente não apenas no seu momento de maior necessidade, e não mais tratá-lo, mas traçando todo um esquema de necessidades, reabilitando este indivíduo através de uma saúde oral mais humanizada e eficaz.

Um dos grandes conflitos com os quais hoje se defronta a organização da assistência odontológica é manter a racionalidade e a praticidade do atendimento a grupos priorizados sem, no entanto, comprometer a universalidade e, além disso, manter as características de um sistema eficaz e resolutivo⁴⁹.

Deve-se obedecer à lógica de necessidade do serviço e atender o usuário que procura a USF em busca de soluções aos seus problemas de saúde, seja de forma imediata ou programada. Não há a necessidade de existir uma dicotomia entre estas duas formas de acesso, porém deve-se ter um serviço organizado e com uma lógica racional de atendimento. Parece-me que a forma como o município conduz sua organização, está dando resultados positivos, pois, na maioria das USF não se vê mais os usuários pernoitando na USF, ou formação de grandes filas para conseguir ser atendido. O agendamento associado a espaço para urgência, parece ser uma forma eficaz de organização além de mais humanizada.

A forma como os profissionais realizam este agendamento é diferente em algumas equipes. Alguns realizam o agendamento diário, o que certamente minimiza as filas nas USF, outros semanalmente, etc. como se pode ver na figura 19:

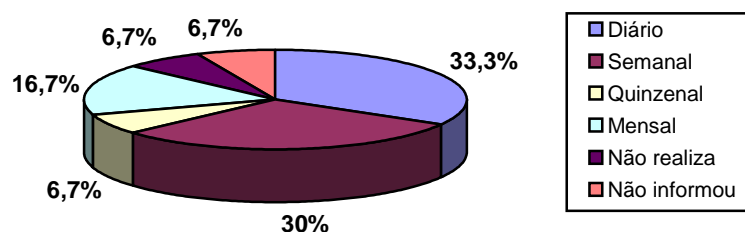


Figura 19. Distribuição das citações dos CDs relativas à frequência de agendamento disponibilizada na USF. Parnamirim, 2008.

Analisando as respostas dadas pelos CDs, observa-se que o agendamento realizado na maioria das USF, é do tipo diário e semanal, dando ao usuário uma tranquilidade em saber

que quando ele necessitar, poderá marcar a sua consulta e/ou continuidade de tratamento, o que dará certamente uma maior resolutividade das ações, o que facilitará também o desenvolvimento de vínculo, reforçando a humanização.

Falar em vínculo é muito mais que simplesmente conhecer os moradores de sua área. É saber identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho, de comunidade. É conhecer suas atividades, sua exposição ao estresse, seu padrão alimentar, enfim, é conhecer os fatores que possam interferir na sua qualidade de vida⁵¹.

Deve-se, portanto, levar em consideração as necessidades da comunidade, o seu perfil, para só então definir a forma de acesso que mais se adapte e responda de forma mais satisfatória aos seus anseios, sempre respeitando seus padrões e jamais impondo modelos prontos numa atitude de detentores do saber.

4.6. Conhecimento do perfil epidemiológico da população

Sabe-se que o conhecimento dos fatores de risco da comunidade é um aliado indispensável para a programação, planejamento e tomada de decisões. Perguntou-se aos profissionais se eles dispunham de um diagnóstico dos fatores de risco da comunidade em que atuam e se participaram deste diagnóstico. De acordo com a figura 20, a grande maioria (60%), respondeu que não possui. Dos 40% que possuem algum diagnóstico de suas comunidades, grande parte (80%) não participou dele na suas áreas de atuação.

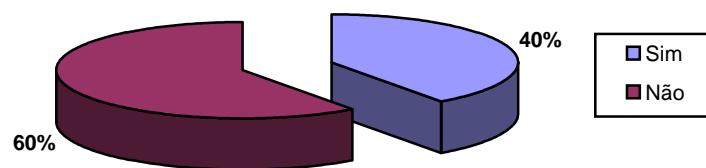


Figura 20. Percentual das respostas dos CDs relativas ao seu conhecimento sobre os fatores de risco e problemas de saúde de sua área de atuação. Parnamirim, 2008.

Quais os critérios utilizados para a tomada de decisão do que fazer em equipe se a maioria dos CDs não conhecem o perfil epidemiológico de sua comunidade? Observamos nas respostas anteriores que os profissionais desenvolvem as ações a serem trabalhadas em equipe, de acordo com a necessidade da população ou através de um calendário proposto pela

coordenação, ou seja, não há uma orientação ou norte por meio do diagnóstico dos fatores de risco que orientem os profissionais para a tomada de decisão. Torna-se necessário a territorialização do cuidado, com a criação de responsabilidade epidemiológica sobre um espaço-população adstritos pelo profissional³⁷.

O cumprimento dos princípios do SUS, como a Universalidade e Equidade, requer das ESB o conhecimento de sua realidade local e da sua comunidade adstrita. Existe a necessidade de organizar ações a partir de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada. Tão importante quanto o conhecimento e realização desses diagnósticos, é a sua utilização pelos profissionais⁵⁴.

4.7 Percepção do dentista com relação à assistência odontológica na ESF/Grau de satisfação

Para conseguir avanços no modelo assistencial, principalmente relativos à saúde bucal, faz-se necessário a articulação de diversos setores dentro do município com a finalidade de implementação de políticas públicas saudáveis. Além disso, é necessário investimento por parte dos municípios na formação profissional através de cursos de educação permanente. Faz-se necessário também que os profissionais tenham relações de trabalho estáveis que os tranquilize e os tornem profissionais satisfeitos para o desempenho de suas funções.

Questionou-se aos CDs o grau de satisfação com relação a suas funções, como mostra a figura 21, vê-se que parte destes profissionais mostrou-se satisfeito (23,3%), enquanto 63,3% afirmaram que poderia ser melhor em alguns aspectos. Os aspectos referenciados pelos profissionais, diz respeito a: estabilidade no emprego, formas de contratação e remuneração salarial.

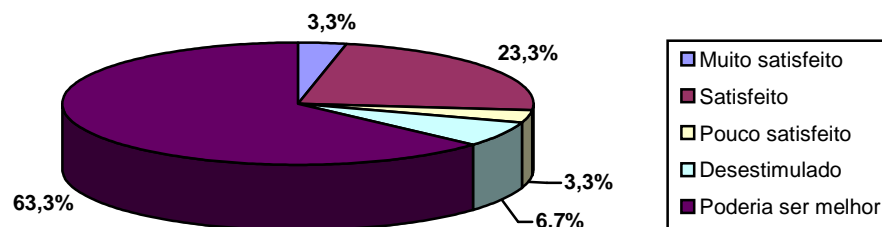


Figura 21. Distribuição das citações dos CDs relativas ao grau de satisfação com relação a suas funções. Parnamirim, 2008.

Da mesma forma, perguntou-se o grau de satisfação dos profissionais com relação à estratégia saúde da família como um todo e 40% relataram que estavam satisfeitos, porém 50% informaram que poderia também ser melhor em alguns aspectos, 6,7% afirmaram estar pouco satisfeitos e 3,3% desestimulados, como mostra a figura 22, a seguir:

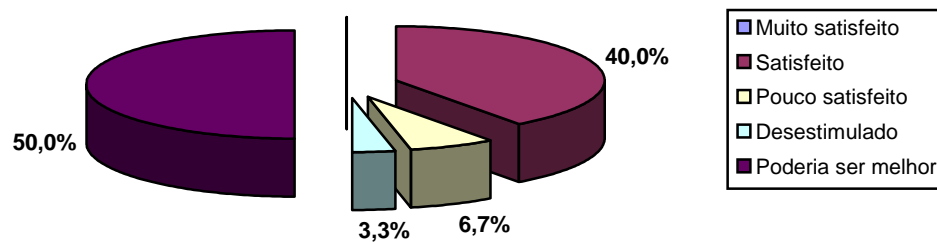


Figura 22. Distribuição das citações dos CDs relativas ao grau de satisfação com relação à ESF como um todo. Parnamirim, 2008.

O campo de trabalho do CD após sua inclusão na ESF abriu-se consideravelmente e espaços profissionais vêm surgindo ao longo destes 08 anos de implantação de equipes de saúde bucal na ESF e também através da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente. Necessita-se, porém avançar no tocante a fatores considerados nós críticos da ESF, como: forma de contratação das equipes, estabilidade funcional, qualificação profissional, estrutura, equiparação de salários com os demais profissionais de nível superior, enfim, nas condições de trabalho de uma maneira geral, para que os profissionais e principalmente o CD se sinta seguro, motivado, com tranquilidade para desenvolver suas habilidades de forma mais completa.

Foi questionado aos profissionais se houve melhoras na assistência odontológica após a inclusão do CD na ESF, e 100% responderam que sim, corroborando com os achados de Souza (2005)⁵⁴, onde a totalidade dos CDs entrevistados, afirmaram que ocorreram avanços no modelo assistencial em saúde bucal após a incorporação da ESB na ESF. Com relação aos aspectos onde estas mudanças podem ser percebidas, 70% relataram que no acesso, organização do serviço, humanização, assistência e prevenção das doenças bucais.

Neste sentido, verifica-se que estas mudanças são facilmente percebidas pelos profissionais em todos os aspectos que envolvem o desenvolvimento do processo de trabalho, pois refletem as suas realidades, sua vivência, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido e a não acomodação dos profissionais e gestores é fundamental à sua

concretização. A odontologia certamente irá avançar ainda mais, à medida que os fatores que ainda se constituem nós críticos da ESF, tornem-se alvo de reflexões para que sejam gradativamente solucionados.

5 CONCLUSÕES

A ESF possui uma filosofia compatível com o ideal de saúde, porém a realidade ainda é de um sistema voltado para a doença, com profissionais enfrentando uma demanda excessiva, expressa através de uma população extremamente carente em termos de políticas de saúde que a ampare em suas necessidades.

Só há efetivo trabalho em equipe, quando existe um campo comum de trabalho para várias profissões. Desta forma a especificidade de cada um, torna-se o trabalho de todos, pois o aprisionamento dos profissionais em seus saberes, aprisiona junto o processo de trabalho e este se torna estático, sem perspectivas de mudanças.

É consenso entre os profissionais, o reconhecimento dos avanços que ocorreram na odontologia ao longo do tempo de incorporação do dentista na equipe de saúde da família, contemplando acesso, organização, humanização, assistência e prevenção das doenças bucais.

Instabilidade na forma de contratação dos profissionais, insatisfação salarial, formas de tratamento e remuneração diferenciadas entre categorias profissionais, são fatos expressos por sua contida insatisfação com relação à suas funções e a ESF como um todo.

Considerando os aspectos analisados, verifica-se que os CDs da ESF do município de Parnamirim, têm uma baixa integração com os demais membros da equipe, em termos de planejamento, participação e realização de ações que fazem parte do universo de trabalho das equipes da ESF.

Possuem um perfil de trabalho mais individualista, fato apreendido pela forma de desenvolvimento e planejamento das ações. Desenvolvem ações em outros campos de atuação, porém quando se trata de saúde bucal, trabalham mais as ações de natureza curativas e individuais em detrimento das ações de promoção e coletivas, o que faz surgir a necessidade de profissionais preparados para enfrentar o desafio de implementar na prática um novo modelo de assistência, com uma visão ampliada do processo de saúde e adoecimento da população.

Não dispõem e não desenvolvem ações, considerando o perfil epidemiológico de sua comunidade adstrita, mas sim, considerando a necessidade que lhe é apresentada no momento, fato que contradiz a filosofia da ESF.

Diante do exposto, cabe concluir que o processo de trabalho desenvolvido pelos CDs, contempla em parte o que é preconizado pela ESF, fato que não ocorre de forma intencional ou consciente, mas como consequência do modelo hegemônico historicamente praticado ao

longo dos anos pelos profissionais da saúde, o modelo flexneriano, extremamente curativista, tecnicista, baseado na doença e não na saúde. Este fato sinaliza para um maior acompanhamento desse processo, buscando modificar as fragilidades encontradas, com o objetivo de atingir todo o potencial que a ESF representa na reorganização da atenção básica.

Acredita-se que à medida que os profissionais tornem-se conscientes de que são peças - chave no processo de mudanças mudará junto a forma de conduzir o processo de trabalho e consequentemente o seu perfil se adequará a este novo modelo.

Torna-se necessário investimento por parte dos gestores na força de trabalho em saúde no sentido de qualificá-los para este novo paradigma e uma rede estruturada, articulada com diversos setores no sentido de implementar políticas públicas universais, equânimes e integrais, bem como proporcionar aos profissionais estabilidade funcional para que eles desenvolvam suas atividades com tranquilidade, compromisso e motivação.

REFERÊNCIAS

- 1-Abrahão AL. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Promoção da saúde [Serial on Line] . [capturado 2008 jun].Disponível em: [www.uff.br /promocão dasaude/informe](http://www.uff.br/promocão_dasaude/informe).
- 2- Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação 2005; 9(16): 39-52.
- 3- Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9(1):131-8.
- 4- Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. Ciênc Saúde Coletiva 1997; 2(1/2):5-19.
- 5-Araújo MBS. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, 2006; Ciênc Saúde Coletiva 2007 abr.; 12(2): 455-464.
- 6- Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciênc Saúde Coletiva 2006 jan/mar; 11 (1): 219-27.
- 7-Azevedo ES, Braga Neto, FC, Sá MC. Indivíduos e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. Cad Saúde Pública 2002; 18(1):235-247.
- 8-Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- 9-Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 10- Brasil. www.saude.gov.br. [On Line]. Acesso em setembro de 2008.
- 11- Brasil. Portaria nº 1.444, 28 de dezembro de 2000 que cria o “Incentivo de Saúde Bucal” [Serial on Line] . [capturado 2008 maio]. Disponível em: www.saude.gov.br.

12- Brasil. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente. [Serial on Line]. [capturado 2008 abril]. Disponível em: www.saude.gov.br.

13- Brasil. Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Programa Saúde na Escola. [Serial on Line]. [capturado 2008 jun]. Disponível em: www.saude.gov.br

14- Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

15- Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

16- Bertoncini JH. Da intenção ao gesto: uma análise do Programa de Saúde da Família em Blumenau [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

17- Bastos LGC. Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o programa Saúde da família [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003

18- Capistrano Filho D. O cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva 2000; 1(2): 8.

19- Carvalho CL, Girardi SB. Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil. Belo Horizonte: Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.

20- Cotta RMM. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol Serv Saúde 2006. 15(3):7-18.

21- Copeland AP, White KM. Studying family. London: Sage publications, 1991. (Applied Social Research Method Series; 27).

22- Ditterich RG. O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião-dentista do PSF de Curitiba-PR; 2005.

23- Facó EF, Viana LMO, Bastos VA, Nuto SAS. O Cirurgião-Dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. Rev Brás Promoção Saúde 2005; 18(2): 70-77.

24- Fernandes MJM. A educação em saúde na prática cotidiana: atuação dos cirurgiões-dentistas do PSF de Natal/RN[dissertação]. Natal, RN: UFRN; 2007.

25- Fertomani HP. O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR [Projeto de Dissertação]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

26- Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Matos RA. “Gestão em Redes” Lappis- IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.

27- Franco T, Merhy E. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde [Serial on-Line]. [capturado 2008 fev 05]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>.

28- GIL AC. Como classificar as pesquisas? In: _____.Como elaborar projetos de pesquisa. 3 ed. São Paulo: Atlas; 1991.

29-Idema. Perfil- Seu município. [Serial on Line]. [capturado 2008 maio 05]. Disponível em: www.idema.rn.gov.br.

30- Instituto Brasileiro de estudos e Pesquisas Socioeconômicas – Inbrape. O perfil do cirurgião-dentista no Brasil. Pesquisa realizada para entidades nacionais da odontologia: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO e FNO, 2003. [Serial on Line]. [capturado 2009 jan 05]. Disponível em: www.cfo.org.br/download/perfil.

31-Leite MTA, Rolim AA, Costa SGC, Taveira GS, Padilha WWN. Perfil do Cirurgião-Dentista atuante no Programa Saúde da Família do distrito sanitário I do município de João Pessoa- Paraíba. In: Anais da 57ª reunião anual da SBPC; 2005 Jul; Fortaleza-CE.

32-Mattos RA. Em busca de novos projetos coletivos. Ciênc Saúde Coletiva 1999; 4(2):250-2.

33- Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. Campinas; 2002. (Separata).

34-Merhy EE, Franco TB. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde [Serial on-Line].[capturado 2008 fev]. Disponível em:www.datasus.gov.br/cns.

- 35- Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde Debate* 2003 set/dez; 27(65):316-323.
- 36- Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: Merhy, EE. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC; 2003.
- 37- Moysés, S.J.; Silveira Filho, A.D. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: Moyses, S.J.; Filho, A.D.S.; Ducci, L. (Ed.). *Os dizeres da boca em curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, Bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES. 2002.
- 38- Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal na Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999 Jan/mar; 2(1): 9-14.
- 39- Oliveira RG, Imionato MAW, Antunes R, Marcon SS. Acolhimento, escuta e responsabilidade como princípios norteadores do PSF. [Serial on Line]. [capturado 2008 abr 04]. Disponível em: WWW.pec.uem.br/dcu/VII_SAU/Trabalhos/6laudadas/OLIVEIRA,%20Raquel%20Gusm%E3o.pdf.
- 40- Organização Pan-Americana de Saúde. *Desempenho em equipes de saúde. – Manual*. Rio de Janeiro: Opas; 2001.
- 41- Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm* 2000; 53(5): 251-63.
- 42- Prefeitura Municipal de Parnamirim. *Parnamirim em números*. [Serial on Line]. [capturado 2007 jan 04]. Disponível em: www.parnamirim.rn.gov.br.
- 43- Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(3): 303-11.
- 44- Pereira AC, Lorenço EC, Silva ACB, Meneghim MC. A inserção de equipes de saúde bucal no programa de saúde da família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde coletiva* [periódico on-Line]. [capturado 2008 dez]. Disponível em: www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos.
- 45- Pucca JR GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ministério da Saúde. Brasília, DF. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(1):243-246.

- 46- Ribeiro EM, Pires D, Blank LG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2004 mar/abr; 20(2): 438-446.
- 47-Rodrigues MP, Araújo MSA. O processo de trabalho em saúde da família.[Serial on Line].[capturado 2008 maio 02]. Disponível em: www.observatório.nesc.ufrn.br.
- 48- Roncalli AG, Araújo LU. O Sistema Único de Saúde e os modelos assistenciais: das propostas alternativas à saúde da família. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal, RN: EDUFRN; 2004. p. 261-275.
- 49- Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade, e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba, SP: Universidade Estadual Paulista; 2000.
- 50- Silva IZQ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface – Comunicação, saúde, educação 2004/set 2005/fev; 9(16): 25-38.
- 51- Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. [Serial on Line].[capturado 2008 mai]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/psf>.
- 52- Silveira Filho AD. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da estratégia Saúde da Família. O uso das ferramentas de Saúde da Família na construção do cuidado em saúde. In: ____ Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com evidências. Artes Médicas; 2008.
- 53- Sousa MF. A Cor-Agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001. 127p.
- 54- Souza TMS. A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. [dissertação]. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.
- 55- Tognetti MAR. Metodologia da Pesquisa Científica. [Serial on Line].[capturado 2006 ago 16]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org>.
- 56- Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas Integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). Rev Odonto Ciênc 2007 jan/mar; 22(55): 48-54.

57- Volschan BCG, Soares EL, Corvino M. Perfil do profissional de saúde da família. Rev Bras Odontol 2002; 59(5):314-6.

58- Werneck MAF, Ferreira RC. Tecnologia em saúde bucal. In: Pinto VG, organizador. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos; 2000. p. 277-286.

59- Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In Kriger L, organizador. Promoção de Saúde Bucal. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 1-26.

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL
Av. Senador Salgado Filho, 1787 – Lagoa Nova – Natal-RN
CEP: 59056-000
Fones: (84) 3215-4133
E-mail: cmos@dod.ufrn.br

QUESTIONÁRIO N° _____

BLOCO I

1- Idade:
_____ anos

2- Sexo:

Masculino

Feminino

3- Graduação:

Instituição: _____

Pública

Privada

Ano de conclusão: _____

UF: _____

4- Pós-graduação:

Doutorado/ Área: _____, _____

Mestrado/Área: _____, _____

Especialização/Área: _____, _____

5- Há quanto tempo você concluiu o Curso de Odontologia?

Menos de 5 anos

De 10 a 15 anos

Entre 5 e 10 anos

Mais de 15 anos

6- Há quanto tempo você trabalha no Programa, incluindo experiências anteriores:

Menos de 1 ano

De 2 a 4 anos

Entre 1 a 2 anos

Mais de 4 anos

7- Independente da titulação formal, marque a(s) área(s) em que se considera especialista, com base na própria experiência:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dentística | <input type="checkbox"/> Odontopediatria |
| <input type="checkbox"/> Endodontia | <input type="checkbox"/> Periodontia |
| <input type="checkbox"/> Outras(especificar)_____ | <input type="checkbox"/> Nenhuma |

8- Residência atual:

Cidade: _____ UF: _____

9- Local de atuação no Programa:

- Mesmo bairro ou equivalente na cidade onde reside
- Outro bairro na cidade onde reside
- Outra cidade

10- Acesso ao local de atuação no Programa, utilizando o meio de transporte habitual:

- Até 30 min. 30 min. até 1h Mais de 1h

11- A população de sua área de trabalho é:

- Urbana Rural Mista

12- Registre com que frequência você realiza as atividades abaixo relacionadas:

Tipos de atividades	Sempre realizo	ocasionalmente	Não realizo
Consultório			
Atividades de grupo na Unidade de Saúde			
Atividades de grupo na comunidade			
Saúde Escolar			
Capacitação			
Estudos/pesquisas			
Atividades administrativas na Unidade			
Atendimento domiciliar			
Deslocamento para outras atividades fora da unidade de saúde			
Outra:			

13- Capacitação em Saúde da Família antes de ingressar no Programa:

- Sim Não

Curso/Instituição: _____

Carga horária/ano de conclusão: _____

Curso/Instituição: _____

Carga horária/ano de conclusão: _____

14- Capacitação em Saúde da Família após ingressar no Programa:

Sim Não

Curso/Instituição: _____

Carga horária/ano de conclusão: _____

Curso/Instituição: _____

Carga horária/ano de conclusão: _____

15- Experiência anterior em Saúde da Família:

Sim Não

Cidade	UF	Tempo de atuação

16- Experiência profissional além de Saúde da Família:

No Setor Público:

Atividade	Tempo de atuação	Exerce atualmente?	
Consultório		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Hospital		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outra:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outra:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

No Setor Privado:

Atividade	Tempo de atuação	Exerce atualmente?	
Consultório		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Hospital		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outra:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outra:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

BLOCO II

17- Na realização de suas atividades no Programa, você busca a colaboração de outro(s) integrante(s) da equipe além de sua ACD:

Habitualmente Ocasionalmente Não

18- Os outros integrantes da equipe buscam sua colaboração na realização das respectivas atividades no Programa:

Habitualmente Ocasionalmente Não

20- Assinale, para cada atividade abaixo, com que frequência atua em colaboração com outro(s) integrante(s) da equipe:

Tipos de atividades	Habitualmente	Ocasionalmente	Não realizo	Realizo Sozinho(a)
Consulta na unidade				
Visita domiciliar				
Atividade em grupo na Unidade				
Atividades na comunidade				
Saúde Escolar				
Atividades administrativas				
Outra:				

21-Assinale, caso participe do atendimento das seguintes clientela e estime a frequência de atendimento no consultório da unidade de saúde:

Clientela	Frequentemente	Ocasionalmente	Não realizo
Gestantes			
Crianças ≤ 4 anos			
Crianças > 4 anos			
Adolescentes			
Adultos			
Idosos			
Hipertensos			
Diabéticos			
Portadores Necessidades Especiais			
Outro:			
Outro:			

22- Assinale com que periodicidade a equipe se reúne:

Semanal Não tem periodicidade definida
 Quinzenal De acordo com a necessidade da equipe
 Mensal Não se reúne

23- Caso a equipe se reúna, assinale a duração média das reuniões:

Até 1 h Até 3h
 Até 2h Uma manhã ou uma tarde

24- Quem coordena habitualmente essas reuniões:

- Médico Outro: _____
- Enfermeiro Um dos integrantes, rotativamente
- Odontólogo

25- Você participa dessas reuniões:

- Habitualmente Ocasionalmente Não participa

26- Na sua opinião, em que medida essas reuniões contribuem para maior efetividade do trabalho da equipe:

- Muito Não contribui
- Um pouco Não sei

27- Assinale como é elaborada a programação das atividades da equipe:

- Cada um elabora sua parte
- Em conjunto com toda equipe
- Pelo coordenador da equipe
- Pelo administrador da unidade
- Pelo coordenador do Programa
- Outro: _____

28- Você recebe algum tipo de supervisão na realização de suas atividades?

- Sim Não

29- O Programa realiza reuniões do nível central com a equipe?

- Sim Não

30- Em caso afirmativo, qual é a periodicidade dessas reuniões?

- Semanal Quinzenal
- Mensal Não tem periodicidade definida

31- Você exerce atualmente, ainda que de maneira informal, a coordenação da equipe?

- Sim Não

32- Ordene, numa escala de 1 a 5 a importância relativa que você atribui aos seguintes fatores para melhorar os resultados do Programa:

Fator	Importância relativa
Capacitação dos integrantes da equipe	
Organização do trabalho em equipe	
Sistema de referência e contra-referência	
Acolhimento/humanização	
Assistência	
Outro:	

BLOCO III

33- Como você disponibiliza o acesso dos pacientes ao consultório?

- Agendamento Através de fichas distribuídas na Unidade
 Demanda livre Outro: _____

34- Caso você trabalhe com agendamento, de que forma você o realiza?

- Agendamento diário Agendamento semanal
 Agendamento mensal Outro: _____

35- Qual seqüência abaixo você dá prioridade de atendimento ?

- Só por ordem de chegada ou hora marcada
 Pacientes especiais (idosos, gestantes, etc), urgência e ordem de chegada
 Urgência, pacientes especiais (Idosos, gestantes etc) e ordem de chegada
 Outro: _____

36- Você se sente seguro com relação a todos os procedimentos clínicos realizados, uma vez que o CD do PSF assume um perfil generalista?

- Sim Não

37- Você atende pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas graves (Hepatite B e C, HIV), caso este relate ser portador?

- Não me sinto preparado Sim, com os EPI's adequados
 Encaminho ao serviço especializado Não, mesmo com os EPI's

38- Você possui algum curso de capacitação para atendimento clínico a portadores de doenças infecto-contagiosas?

- Sim Não

39- Quais a(s) área(s) em que você acha necessário haver permanente capacitação?

- Dentística Cirurgia
- Urgências odontológicas Paciente especiais
- Periodontia Outra: _____

40- Você costuma buscar opiniões de especialistas quando atende os usuários do Programa?

- Sim Não

41- Assinale os meios que o Programa oferece para ouvir a opinião de especialistas?

- Telefone Internet
- Nenhum Outro: _____
- Encaminhamento logo para o serviço especializado

42- Você dispõe de algum serviço de referência para encaminhar pacientes para realização de procedimentos especializados?

- Sim Não

43- Assinale com que frequência encaminha pacientes para cada uma das especialidades abaixo:

Especialidade	1-Habitualmente	2-Ocasionalmente	3-Não
Endodontia			
Periodontia			
Odontopediatria			
Cirurgia			
Prótese			
Pacientes Especiais			
Diagnóstico oral			
Outro:			

44- Você acha que o Serviço poderia oferecer outra(s) especialidade(s), além das que já oferece?

- Sim Não

45- Na sua opinião, qual(is) seria(m) esta(s) especialidade(s)?

- Ortodontia Prótese fixa
- Outra: _____ Nenhuma

46- Após o encaminhamento de pacientes ao especialista, você recebe algum retorno do atendimento (contra-referência)?

- Frequentemente Raramente Não

47- De um modo geral, você acha que os mecanismos de contra-referência funcionam?

Adequadamente

Não funcionam

Precariamente

Não sei

48- O Programa oferece os EPI's necessários para a realização de qualquer procedimento clínico que você habitualmente realiza?

Frequentemente

Sempre

Ocasionalmente

Raramente

49- Estime com que freqüência você realiza as atividades/especialidades abaixo listadas:

Atividades	Frequentemente	Ocasionalmente	Não realizo por falta de condições materiais
Dentística			
Exodontia			
Periodontia			
Ativ. preventivas			
OHB			
Diagnóstico oral			
Odontopediatria			
Pacientes especiais			
Outras:			

50- Assinale com que freqüência você realiza as atividades abaixo relacionadas, fora da unidade de saúde?

Atividades	Frequentemente	Raramente	Ocasionalmente	Não realizo
Ed. em saúde na comunidade				
Ed. Em saúde na escola				
Participação em reuniões com comunidade				
Participação em reuniões escolares				
Reuniões com grupos de hipertensos, diabéticos, gestante, etc.				
Aplicação coletiva de flúor				
Bochechos e escovação supervisionada				

Visitas domiciliares				
Exames bucais com finalidade epidemiológica				

BLOCO IV

51- Você dispõe de um diagnóstico dos problemas de saúde e dos fatores de risco mais importantes na sua área de atuação?

Sim Não

52- Em caso afirmativo, você participou ou participa da elaboração deste trabalho?

Sim Não

53- Sua equipe trabalha preventivamente junto com a comunidade, em datas específicas, temas referentes a doenças como: Diabetes, Hipertensão, Câncer, etc.?

Sim Não

54- Em caso afirmativo, você participa destes eventos?

Sim Não

55- Há um planejamento de ações a serem realizadas na unidade de saúde ou mesmo fora da unidade feito pela equipe, para realização de tais eventos?

Sim Não

56- Em caso afirmativo, qual a periodicidade com que é feito este planejamento?

Planejamento anual Planejamento semestral
 Na semana anterior Planejamento mensal

57- De que forma estas datas importantes são escolhidas para serem trabalhadas?

Existe na unidade um calendário informando tais datas
 Trabalhamos de acordo com a necessidade da população
 Trabalhamos de acordo com o que a equipe decidir sem olhar datas
 Escolhemos aleatoriamente um tema para ser trabalhado

58- Qual o grau de satisfação que você se encontra com relação a realização de suas funções dentro do Programa?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Satisfeito | <input type="checkbox"/> Muito satisfeito |
| <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito | <input type="checkbox"/> Desestimulado |
| <input type="checkbox"/> Poderia ser melhor em alguns aspectos | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

59- Qual o grau de satisfação que você se encontra com relação ao Programa como um todo?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Satisfeito | <input type="checkbox"/> Muito satisfeito |
| <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito | <input type="checkbox"/> Desestimulado |
| <input type="checkbox"/> Poderia ser melhor em alguns aspectos | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

60- Na sua opinião, houve alguma melhora na assistência odontológica de um modo geral, após a inclusão do CD na ESF?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

61- Em caso afirmativo, marque o(s) item(s) em que esta(s) mudança(s) pode ser percebida:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acesso | <input type="checkbox"/> Humanização |
| <input type="checkbox"/> Assistência | <input type="checkbox"/> Organização |
| <input type="checkbox"/> Prevenção | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Agradecemos sua colaboração

ANEXO II



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Parecer Nº 201/2008
(Final)

Prot. nº	052/08 – CEP-UFRN
CAAE	0055.0.051.294-08
Projeto de Pesquisa	Caracterização do Processo de Trabalho do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família do Município de Parnamirim - RN.
Área de Conhecimento	Centro de Ciências da Saúde - Odontologia - Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social – Grupo III
Pesquisador Responsável	Rossana Mota Costa
Instituição Onde Será Realizado	UFRN - Departamento de Odontologia -
Instituição Sediadora	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Parnamirim-RN
Finalidade	Obtenção do Grau de Mestre
Período de realização	Início: julho de 2008 Término: abril de 2009 Coleta de dados: outubro/08
Revisão Ética em	27 de agosto de 2008

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65);

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 27 de agosto de 2008


Dulce Almeida
COORDENADORA DO CEP-UFRN

ANEXO III

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Caracterização do processo de Trabalho do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família de Parnamirim-RN.

Este projeto tem como objetivo avaliar o processo de trabalho do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família e traçar o seu perfil através das informações colhidas com os próprios profissionais e sua relação com o processo de trabalho.

Riscos possíveis, procedimentos e benefícios esperados: a pesquisa consistirá de uma coleta de dados de identificação pessoal e profissional e aplicação de um questionário. Assim serão feitas perguntas a respeito de todo o processo de trabalho do Cirurgião-Dentista.. Sendo assim, é um projeto que envolve um risco mínimo na sua participação.

A importância desse tema se deve ao fato que este conhecimento possibilitará a caracterização do processo de trabalho e compreensão do perfil dos Cirurgiões-Dentistas que atuam nesta estratégia, permitindo desta forma, reflexões e reorientações de suas práticas dentro do atual processo de trabalho, que possam reverter em melhorias na qualidade dos serviços.

Ressarcimento e indenização: sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando o seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Assim, não haverá efetuação de pagamento em virtude da sua participação no estudo. No entanto, você será ressarcido(a) por alguma despesa comprovadamente relacionada a sua participação neste estudo, como também poderá ser indenizado (a) caso haja algum dano comprovado advindo desta pesquisa.

Acesso às informações: As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico, sem divulgação dos nomes dos participantes. Somente os pesquisadores envolvidos neste projeto terão acesso às informações identificadoras de sua participação. Não repassaremos a terceiros. Assumimos também o compromisso de que em qualquer publicação que venhamos a realizar não haverá a identificação do seu nome. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para **Rossana Mota Costa**, no endereço: Av. Senador Salgado Filho, 1787- Lagoa Nova, Natal-RN, CEP 59056- e pelo telefone (84) 3215-4133.

Declaração do voluntário da pesquisa

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar do estudo. E através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo Rossana Mota Costa, aluna do curso de Mestrado em Odontologia Preventiva e Social a utilizar as informações obtidas sobre a minha pessoa, através do que for escrito com a finalidade de desenvolver trabalho científico. Autorizo a publicação do referido trabalho, de forma escrita. Concedo o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre a minha identidade. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa.

Nome do participante	Assinatura	Data
Nome do Pesquisador responsável	Assinatura do Pesquisador responsável	Data

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)